



PROJET D'ETABLISSEMENT

2022
2027



CHD La Candélie



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
EDITO	4
INTRODUCTION	5
I. CADRE GENERAL ET INTRODUCTIF AU PROJET D'ETABLISSEMENT	6
A. Une vocation territoriale et une conception intégrée du projet d'établissement	6
1. Rappel réglementaire	6
2. Projet d'établissement, PTSM et GHT : une complémentarité indispensable	8
B. Les éléments clefs du territoire	9
C. Activités autorisées et réalisées au CHD La Candélie	16
1. Présentation des pôles et de leurs activités	16
2. Le Bilan du précédent Projet d'Etablissement	24
3. Les recommandations du CGLPL relatives au projet d'établissement	26
II. PROJET MEDICO-SOIGNANT SOCLE	27
A. Présentation des axes stratégiques	27
B. Axe organisation des soins	28
1. Organisation des activités intersectorielles	28
2. Admission des patients	38
3. Gradation des soins	41
C. Axe qualité et éthique	43
Conditions & Qualité de l'accueil des patients et des familles	43
D. Axe filière de soins spécifiques	48
1. Organisation des prises en charge des jeunes adultes et grands adolescents	48
2. Développement de la filière psycho-traumatisme	51
E. Un projet médico-soignant en lien avec les filières, le PTSM et le Schéma Directeur Immobilier	53
F. Projet de psychologie	56
III. PROJET DES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL	65
IV. PROJETS TRANSVERSAUX STRATEGIQUES	73
A. Projet de gouvernance	73
B. Projet éco-responsable	80
C. Projet des usagers	83
D. Projet social & professionnel	87
E. Schéma Directeur Immobilier et PGFP	92

F. Projet promotion en santé mentale _____	93
G. Projet Qualité et Gestion des Risques _____	97
V. CONCLUSION _____	99
LEXIQUE _____	100
VI. ANNEXE 1 _____	103
A. Présentation de la méthodologie d'élaboration du projet médico-soignant. _____	103
B. Présentation synthétique de la démarche _____	103
VII. ANNEXE N° 2 Schéma Directeur Immobilier _____	106

EDITO

Le CHD de la « Candélie », acteur majeur de l'offre de soin en santé mentale sur le département du Lot et-Garonne vous présente son nouveau projet d'établissement.

Par ce document, c'est une communauté hospitalière de plus de 1000 professionnels qui s'engage à poursuivre des actions de transformation et de modernisation.

Dans les cinq années à venir, plusieurs défis devront être relevés : repenser le soin, travailler la relation avec les patients, revoir nos organisations et lancer la reconstruction impérieuse des bâtiments d'hospitalisation et de consultation.

Pour permettre un projet de soin souple, évolutif et respectueux de la personne soignée, le patient doit être placé au cœur du dispositif et devenir acteur de sa prise en charge.

Parmi ces différents enjeux, l'un des principaux sera de favoriser des parcours de soins plus fluides tournés vers un renforcement de l'ambulatoire et organisés en filières de soins réunissant plusieurs acteurs.

Notre conviction est que l'implication et la responsabilisation des personnels et des institutions, dans un processus de concertation, permettront à notre établissement, dans la durée, de faire face aux enjeux de santé mentale et d'assumer ses missions de service public.

Ce projet reposera sur les professionnels qui continuent de développer, de façon dynamique et collective des soins de qualité répondant aux exigences de proximité avec les patients.

Ce projet d'établissement vous apportera une meilleure lecture de la stratégie de notre établissement.

Monsieur Richard CAMPMAS
Directeur

Monsieur le Docteur Olivier JACQUIEZ
Président de la CME

INTRODUCTION

Dans les années à venir, les établissements psychiatriques devront répondre aux différents défis auxquels sont soumis les acteurs du secteur tout en étant confrontés à de nombreuses contraintes notamment celle du recrutement des professionnels.

Ainsi le projet d'établissement 2022-2027 du CHD de la Candélie est ambitieux mais reste réaliste, il est avant tout ouvert sur son environnement et construit pour répondre aux besoins des patients et de leurs représentants qu'il faudra accueillir en cherchant à toujours améliorer la qualité des soins et la citoyenneté.

En effet, l'hôpital psychiatrique va devoir faire évoluer sa responsabilité institutionnelle en tenant compte d'une responsabilité populationnelle partagée entre tous les acteurs du champ de la santé mentale : établissements de santé, social, médico-social, professionnels de santé libéraux. Cette notion populationnelle est d'ailleurs au cœur de la réforme du financement de la psychiatrie, ainsi, une dotation populationnelle sera allouée aux régions sur la base de quatre critères (Taux de pauvreté, densité en médecins généralistes et psychiatres, taux d'isolement et offre médico-sociale adaptée à la psychiatrie).

Les établissements spécialisés en santé mentale vont transformer leur offre sur le territoire en préservant leur expertise pour qu'elle profite à tous, et construiront avec les acteurs des solutions pour accompagner les patients « hors les murs » dans une logique de parcours de vie.

Ainsi, comme c'est déjà le cas au CHD de la Candélie, ces parcours devront être pensés en coopération avec les professionnels du 1^{er} recours, les établissements sociaux et médicosociaux, les institutions, pour développer des réponses pertinentes, au plus près des personnes.

Par ailleurs, il est nécessaire de rappeler que le projet d'établissement a été construit autour des objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) et, en lien avec le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) qui est un véritable outil de structuration des politiques de santé mentale au sein du territoire.

Enfin, ce projet d'établissement est un enjeu majeur car il est un véritable levier d'attractivité aussi bien pour les professionnels médicaux que paramédicaux.

I. CADRE GENERAL ET INTRODUCTIF AU PROJET D'ETABLISSEMENT

A. Une vocation territoriale et une conception intégrée du projet d'établissement

1. Rappel réglementaire

Selon l'article L6143-2 (Modifié par Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 - art. 34) du Code de la Santé Publique

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement.

Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation.

Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management.

Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé

Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée.

Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. »

« Le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques définissent, chacun dans les domaines qu'il recouvre, les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médico-techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population.

Le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prennent en compte l'évolution des stratégies de prise en charge, notamment thérapeutiques.

Ils définissent également les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et des parcours des patients. »

Concernant le projet social

« Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Un volet spécifique consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux ainsi que des étudiants en santé est intégré au projet social défini par chaque établissement.

Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité social d'établissement.

Le comité social d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme. »

Le projet de gouvernance et de management participatif

« Le projet de gouvernance et de management participatif de l'établissement définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement.

Il prévoit les modalités de désignation des responsables hospitaliers.

Il tient compte, en cohérence avec le projet social mentionné à l'article L. 6143-2-1, des besoins et des attentes individuels et collectifs des personnels dans leur environnement professionnel, notamment pour ceux en situation de handicap.

Il comporte un volet spécifique relatif à l'accompagnement et au suivi des étudiants en santé.

Il porte également sur les programmes de formation managériale dispensés obligatoirement aux personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilités.

Il comprend enfin des actions de sensibilisation aux enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que des actions de prévention des risques psychosociaux auxquels peuvent être exposés de manière spécifique les personnels soignants, médicaux et paramédicaux. »

Par ailleurs, le projet médico-soignant du Centre Hospitalier de la Candélie concerne la période 2022-2027 et s'inscrit dans les réformes actuelles de :

- La loi « Ma santé 2022 » et ses 3 orientations pour la santé mentale.
- L'instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.
- La réforme en cours de la tarification des établissements de santé mentale dont la mise en œuvre est prévue à compter du 1^{er} janvier 2022.
- Les décrets du 27 mai 2021 sur la nouvelle gouvernance médicale :
 - Décret N° 2021-675 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.
 - Décret N° 2021-676 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement.

2. Projet d'établissement, PTSM et GHT : une complémentarité indispensable

Si le CHD est le seul établissement de santé intervenant sur la discipline psychiatrique dans le département, la politique de santé mentale ne repose pas sur sa seule intervention mais s'appuie sur l'ensemble des acteurs œuvrant dans ces domaines afin de garantir une offre de santé mentale accessible à tous et une prise en charge de qualité, sans rupture et en proximité.

Le présent projet médico-soignant s'inscrit ainsi naturellement dans les travaux élaborés sur le territoire avec les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux et, notamment, dans les orientations du Projet Médical Partagé (PMP) du GHT Lot et Garonne et du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) pour définir une organisation graduée globale en réponse aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de vie et créer une cohérence entre les différentes interventions des acteurs. Ils s'intègrent également dans les priorités du Projet Régional de Santé (PRS) puisqu'ils visent par plusieurs actions à organiser des parcours coordonnés avec l'ensemble des acteurs.

Plus spécifiquement, le PTSM, a identifié comme prioritaires les prises en charge :

- Des troubles anxieux ou épisodes dépressifs légers chez l'adulte,
- Des personnes âgées,
- Des victimes de psycho traumatisme,
- En santé mentale des adolescents,
- En psychiatrie adulte des patients des structures médico-sociales.

Au-delà de ces priorités, le CHD pilote 15 fiches actions du PTSM déclinée en collaboration avec l'ensemble des acteurs du département. C'est dans cet objectif que s'est constitué le Groupement de Coopération Sanitaire en santé mentale (GCS SM 47) en juin 2019 afin de fédérer les acteurs et permettre la mise en œuvre d'une stratégie cohérente commune.

L'établissement a, dans le même esprit, participé activement aux travaux pour permettre la mise en place d'une Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) pour les enfants avec troubles du Neuro-Développement dont le projet a été validé par l'ARS Nouvelle Aquitaine en juin 2021.

Enfin, les enjeux en termes de transformation de l'offre des établissements spécialisés en santé mentale pour accompagner les patients « hors les murs » dans une logique de parcours de vie ont vu le déploiement de plusieurs équipes mobiles dans le domaine de la géro-psi-chiatrie ou du handicap psychique sévère, en collaboration avec le secteur de la protection de l'enfance ou encore, en matière de réhabilitation psychosociale.

Ces équipes développent une culture de « l'aller-vers » aussi bien pour les usagers dans leur prise en charge directe que pour les autres acteurs avec la volonté de renforcer les coopérations.

Ainsi, le projet d'établissement 2022-2027 décrit à la fois :

- Les projets à déployer au niveau externe pour s'assurer de la mise en œuvre de la politique territoriale en matière de santé mentale,
- Les projets internes au CHD La Candélie à mettre en œuvre d'un point de vue institutionnel notamment pour contribuer à l'amélioration des prises en charge.

B. Les éléments clefs du territoire

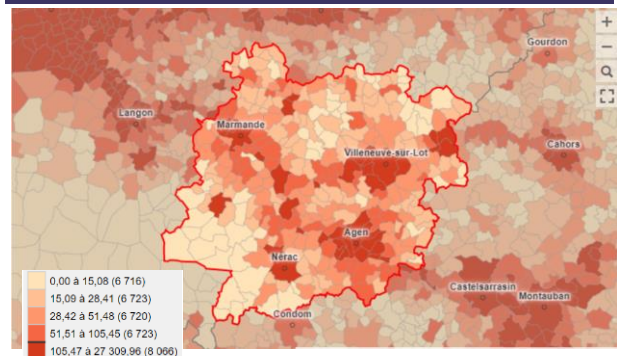


Les caractéristiques Populationnelles

Un département peu peuplé et agricole

- En 2018, le département du Lot et Garonne a une densité de population de **62,1 hab./km²**, inférieure à la moyenne régionale de 70,9 hab./km² et française de 105 hab./km².
- La population est inégalement répartie et concentrée **autour des agglomérations** notamment Agen, Marmande et Villeneuve

Densité de population 2018



sur lot.

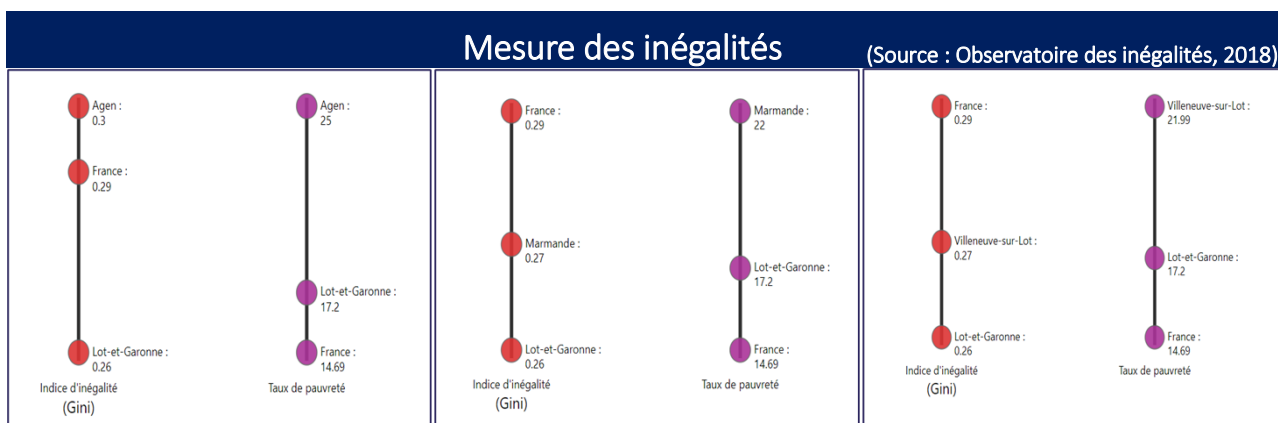
Source : Observatoire des territoires, 2018

- Ce département peu peuplé est marqué par **une part de l'agriculture** importante qui représente **10,5%** du territoire contre 4,5% au niveau national.

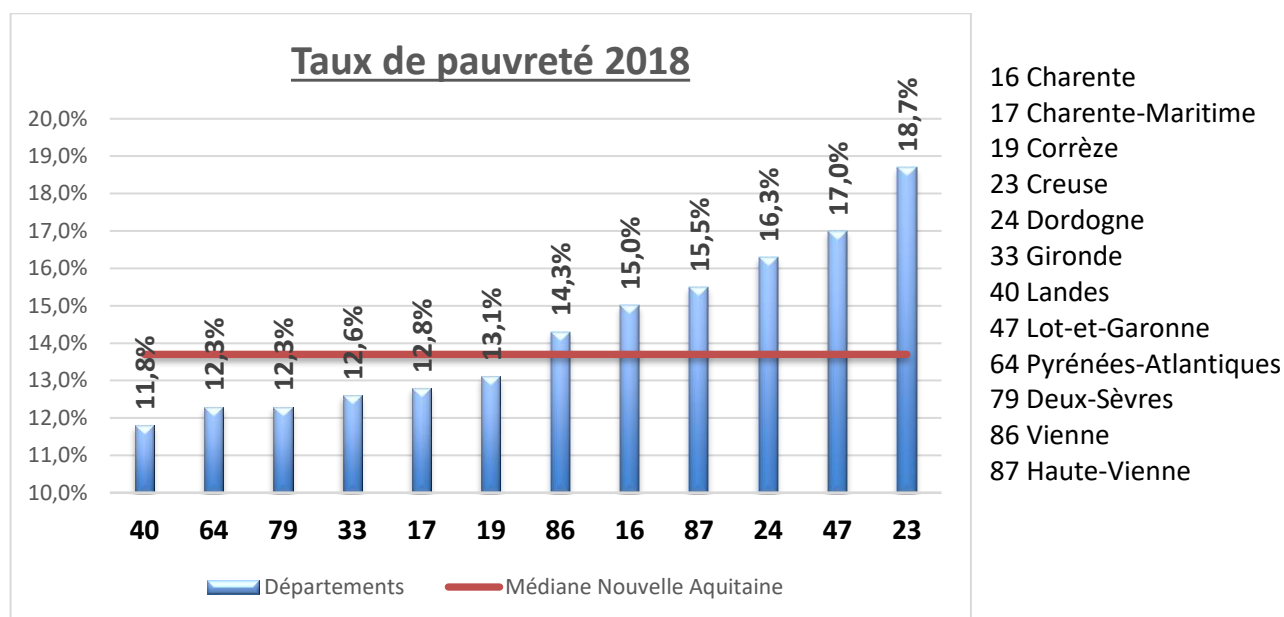
Une population précaire et âgée

- L'**indice de vieillissement** (nombre de personnes ≥ 65 ans pour 100 jeunes de < 20 ans) est particulièrement élevé dans le département, il est de **122** (147 pour la ville de Villeneuve sur lot) contre 82 au niveau national.
- Cette tendance va s'accroître, en effet, selon l'INSEE, en 2040, **32,5% des habitants du Lot et Garonne** auront + de 65 ans, c'est 4,5% de plus qu'au niveau national. Par ailleurs, 3,2% des Lot et Garonnais auront plus de 90 ans.

- Le Lot et Garonne présente **des indicateurs socio-économiques plutôt défavorables**. Le niveau de vie des Lot-et-Garonnais se situe en dessous de la moyenne régionale et nationale avec un revenu annuel médian de 1 589 € (1 697€ au niveau national)



- Le taux de pauvreté** des communes principales du département (Agen (25), Villeneuve-sur lot (22) et Marmande (22)) est supérieur aux taux départemental (17,0) et national (14,69). Le Lot et Garonne est le 2^{ème} à présenter (derrière la Creuse) un taux de pauvreté plus fort que dans les autres départements et supérieur de 3,3 % à la médiane régionale de 13,7 %.



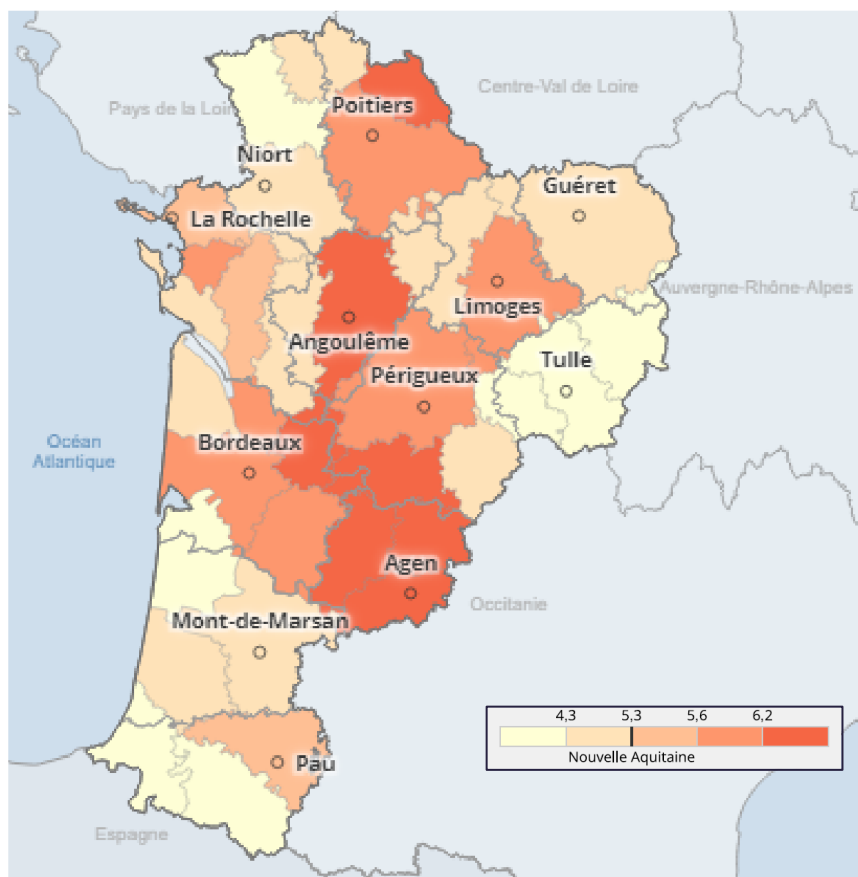
Le taux de pauvreté correspond à la part de la population dont le niveau de vie est inférieur au seuil de 60% du niveau de vie médian de France métropolitaine.

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA

Une forte précarité retentissant sur les besoins en santé mentale

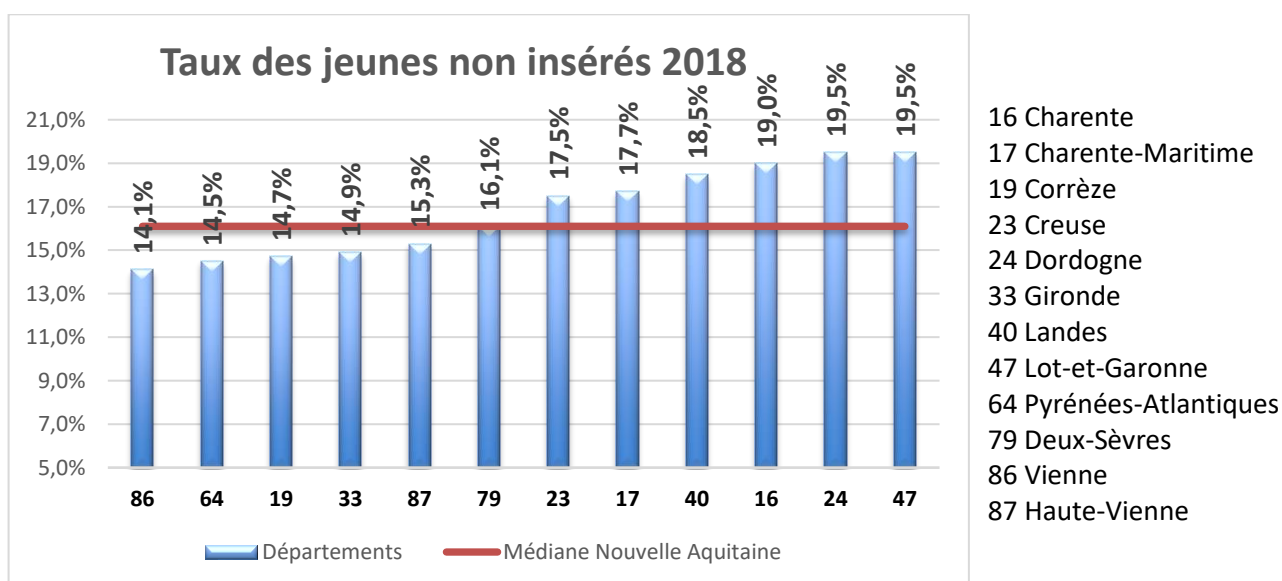
Le département du Lot et Garonne montre une forte fragilité sociale en terme de précarité et de pauvreté se caractérisant par des besoins en santé mentale majorés.

En effet, le département présente le taux d'allocataires du RSA (pour 100 ménages) plus élevé que dans les autres départements (Cf. carte ci-dessous).



Source : CNAF, CMSA, INSEE RP – 2019

La situation des adultes précaires retentit sur les jeunes qui s'insèrent plus difficilement. En effet, la médiane des jeunes (15-24 ans) non insérés se situe à 16,1 % en région, soit 3,4 % de moins que le taux de Lot-et-Garonne le plus élevé à égalité avec la Dordogne.



Nombre des jeunes de 15-24 ans non insérés rapporté aux jeunes de 15-24 ans en 2018

Source : Insee, RP

La précarité est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.

Elle conduit au défaut d'accès à un ou plusieurs des dispositifs qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins importante, avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger ou devient persistante.

Les processus de précarisation s'accompagnent d'une souffrance psychique alliant mauvaise image de soi et sentiment d'inutilité sociale et peuvent conduire à une véritable dégradation de la santé. Ils peuvent être également la conséquence de situations médicales telles que la présence de troubles psychiatriques.

La situation des personnes précaires ou pauvres compromet plus fortement leur santé mentale avec moins de ressources pour y faire face. En ayant moins de chances de reconquérir leurs droits et de réassumer leurs responsabilités, le rétablissement psycho-social de ces personnes nécessite des démarches de soins renforcées.

Il en résulte une demande d'hospitalisation qui reste forte et un recours élevé aux urgences ; les durées de séjour pâtissent des dislocations familiales et des difficultés de logement. La tranche d'âge des adolescents doit faire l'objet d'une attention particulière avec un taux de suicide élevé et des difficultés majeures d'intégration sociale.

Par conséquent, le schéma directeur immobilier participe ainsi à la consolidation de l'offre de soins du CHD de la Candélie. En effet, il prévoit pour l'intra hospitalier une capacité de prise en charge stable complète stable identifiant des filières de soins pour des séjours d'hospitalisation complète plus longs, plus intensifs et plus spécialisés complété par un développement des soins à domicile. Il dote l'extra-hospitalier de structures en mesure de s'adapter à la demande de soins croissante d'une population plus fragile (situations complexes).

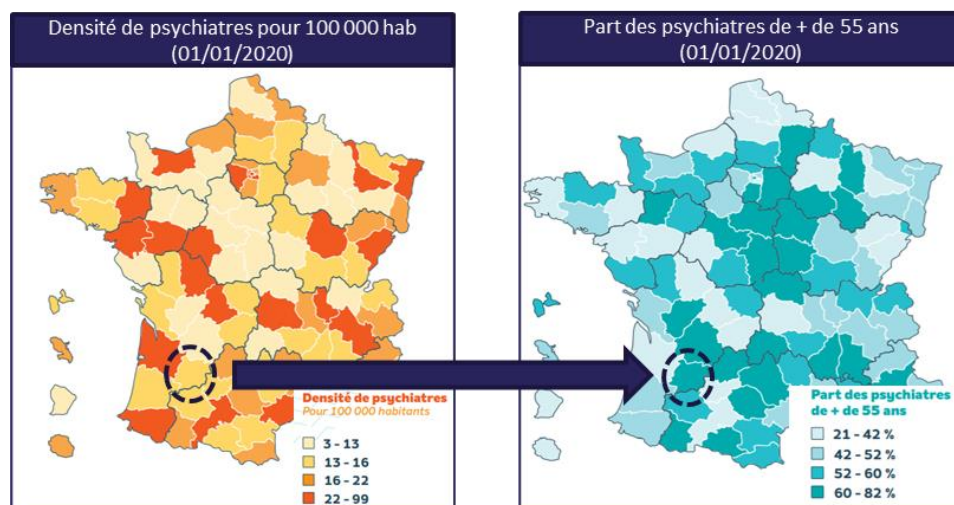


L'offre de soins

Une offre de soins libérale peu étoffée sur le territoire

- En 2019, le département du Lot et Garonne recense une densité en médecins généralistes libéraux de **6,9 médecins pour 10 000 habitants** ce qui est inférieur au niveau régional et national (respectivement 9,8 médecins pour 10 000 habitants et 8,8 médecins/10 000hab).
 - Marmande comptait 7,5 médecins pour 10 000 habitants
 - Villeneuve-sur-Lot recensait 7,8 médecins généralistes pour 10 000 habitants
 - Agen comptait 10,2 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants.

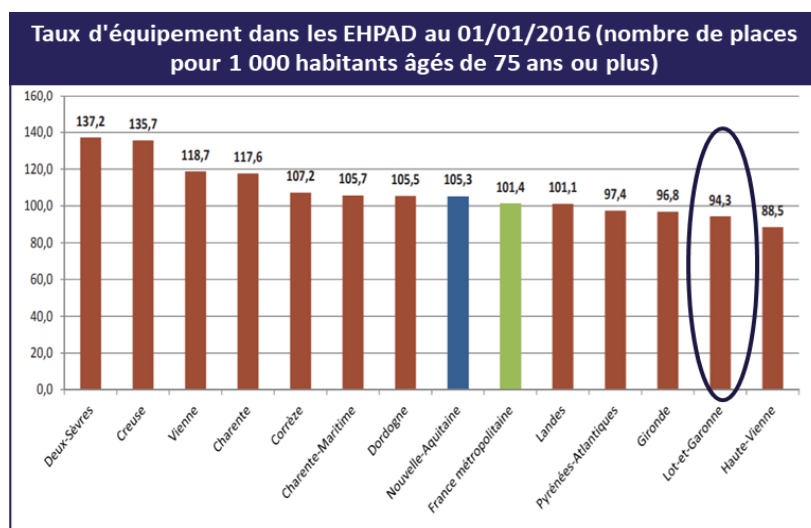
- De plus, le nombre de médecins généralistes de plus de 55 ans est important.
- Le Lot et Garonne présente une densité de psychiatres libéraux très inférieure à la densité régionale (4,2 psychiatres pour 100 000 habitants contre 9 psychiatres en Nouvelle Aquitaine).



Source : DRESS, RPPS, 2020

Un taux d'équipement d'EHPAD insuffisant

- Le taux d'équipement en EHPAD pour le département du Lot et Garonne est inférieur au taux régional et national (94,3/ 1000 habitants versus 105,3 au niveau régional)



Source : DRESS, 2016

- Concernant le taux d'équipement en hébergement pour les adultes handicapés, le Lot et Garonne présente des taux d'équipement légèrement supérieurs au taux régional pour les FAM et les MAS et équivalent au niveau régional et national s'agissant des places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés.

Taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes handicapés (au 31/12/2019)

	Nouvelle Aquitaine	Lot et Garonne	France métropolitaine
Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés	1,2	1,1	1,2
Taux d'équipement en MAS	0,9	1,1	1
Taux d'équipement en FAM	2,5	2,6	2,1

Source : DRESS, Finess ; Insee, estimation de population 2020



Le recours aux soins en psychiatrie de la population

Les prises en charge ambulatoires sont bien développées sur le département du Lot et Garonne

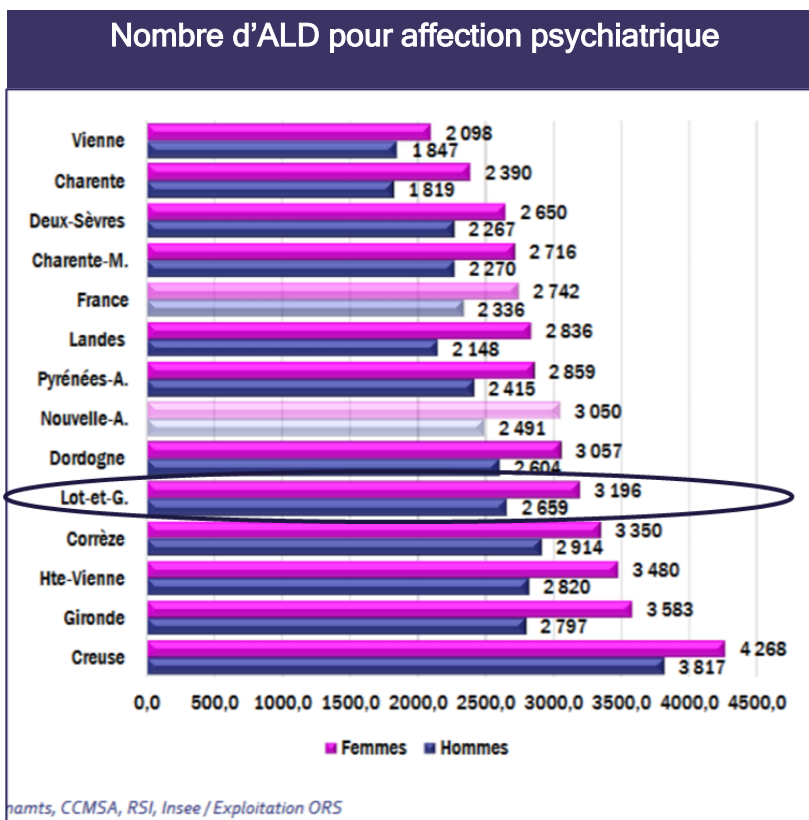
- Le Lot et Garonne présente un taux de mortalité prématurée évitable plus faible que le taux national (source Cepi DC 2009-2013, traitement ORS Aquitaine).
- Par contre, **le taux de mortalité par suicide standardisé en 2015 était de 21,7/100 000 habitants**, supérieur ainsi au taux régional (18,7/100 000 habitants) et au taux national (16,7/100 000 habitants (source CepiDC, exploitation Santé Publique France).
- En France, d'après une analyse des certificats médicaux de décès menée entre 2000 et 2014 par Santé publique France, **40 % des suicides étaient associés à la présence de troubles mentaux**. Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de troubles dépressifs (38 % chez les femmes et 28 % chez les hommes).
- Selon l'enquête ZoomSanté Nouvelle Aquitaine menée en 2018, la prévalence des idées suicidaires au cours de l'année était 2 fois plus élevée dans le département qu'en Nouvelle Aquitaine.
- Concernant les **types de prise en charge en psychiatrie**, le taux de journées d'hospitalisation à temps plein pour 1 000 habitants dans le département du Lot et Garonne est supérieur au taux national et régional. Le taux des journées à temps partiel pour 1 000 habitants est supérieur au taux national et le taux d'actes pour 1 000 habitants est supérieur aux taux régional et national.

Taux de journées ou actes standardisés en psychiatrie pour 1000 habitants en 2019

	Temps plein	Temps partiel	Ambulatoire
Lot et Garonne	311,67	85,08	397,60
Nouvelle Aquitaine	278,15	89,45	351,29
France	261,13	72,49	329,93

Source : Scan santé

- Les psychoses, troubles graves de la personnalité et l'arriération mentale, font partie des 3 principales causes de prise en charge Affection Longue Durée (ALD), après le diabète et les cancers
- Dans le département, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, le taux standardisé de personnes de 20 ans ou plus, bénéficiaires d'une prise en charge en ALD pour affections psychiatriques est supérieur à la moyenne nationale et régionale.



C. Activités autorisées et réalisées au CHD La Candélie

1. Présentation des pôles et de leurs activités

+ Présentation générale

Le CHD « La Candélie » constitue la seule offre publique et/ou institutionnelle de Santé Mentale en Lot et Garonne pour 332 000 habitants (au 1er janvier 2018 - source INSEE).

L'établissement dispose d'autorisations d'activités de psychiatrie générale adultes, de pédopsychiatrie, ainsi que de médecine et de soins de suite et de réadaptation (SSR) en addictologie.

La répartition capacitaire en lits et places des activités autorisées est présentée ci-dessous.

		LITS Hospitalisation complète	PLACES			Total
			Appartements thérapeutiques	Hôpital de jour	Hospitalisation à Domicile	
Psychiatrie	Adultes	207	7	60	8	75
	Enfants Adolescents	14		71		71
Addictologie	Médecine	10		3		3
	SSR	15				
TOTAL		246	7	134	8	149

D'autres activités non soumises à autorisation sont déployées par l'établissement, au 1er rang desquelles figurent les CMP dont la répartition est présentée synthétiquement ci-après.

CMP / CATTP psychiatrie adultes	CMP / CATTP pédopsychiatrie
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pour le secteur « Agen-Albret » (47G02) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 CMP pivot à Agen, ○ 1 antenne à Nérac, ✓ Pour le secteur « Garonne et Confluent » (47G03) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 CMP pivot à Marmande, ○ 2 antennes à Miramont de Guyenne, Casteljaloux ○ 1 CMP à Tonneins, ✓ Pour le secteur « Vallée du Lot » (47G04) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 CMP pivot à Bias, ○ 1 antenne à Fumel, ✓ Pour le secteur de réhabilitation psychosociale (47Z06) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 CMP à Agen. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pour le secteur infanto juvénile (47I01) enfants jusqu'à 12 ans : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 CMP pivot à Agen et 1 antenne à Nérac, ○ 1 CMP pivot à Marmande, et 2 antennes à Miramont de Guyenne et Casteljaloux, ○ 1 CMP pivot à Villeneuve/Lot ○ 1 CMP à Fumel, ○ 1 EMPR (Equipe Mixte Psycho-Rééducative) à Monflanquin ✓ Pour le secteur adolescents (47I03), enfants de 12 à 18 ans, le RESEDA : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 CMP pivot à Agen, ○ 2 antennes à Marmande et Villeneuve/Lot et des points de consultation à Tonneins, Nérac et Fumel, ○ Des consultations régulières dans 25 collèges et lycées.

Par ailleurs, l'établissement déploie une démarche de mise en place ou de renforcement d'équipes mobiles et de « l'aller vers ».

✓ *L'Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie*

En lien avec les objectifs GCS de Santé Mentale et des actions du PTSM, l'équipe mobile de géronto-psychiatrie a été confortée pour soutenir les EHPAD, notamment, pour cibler et identifier les situations dans lesquelles les résidents peuvent présenter une souffrance psychique, un risque de mise en danger (d'eux-mêmes et des autres), une perturbation des activités quotidiennes générant pour l'équipe une prise en soin compliquée.

L'EMGP en lien avec les EMOG du département a mis en place une démarche qui vise à référencer et suivre les patients psychiatriques au sein des EHPAD.

✓ *Les Equipes Mobiles et « l'aller vers » concernant les enfants et adolescents*

Le Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2025 constitue le troisième pilier du Pacte pour l'enfance. Parmi les 22 mesures de ce plan, la mesure N° 14 vise à garantir à chaque enfant victime une évaluation de ses besoins et l'accès à un parcours de soins gradués. Conscients de ces enjeux et de l'impératif à agir pour ces enfants, les pôles enfants et adolescents construisent depuis plusieurs années une filière en direction de l'enfance vulnérable :

- *Equipe mobile Adolescents*, en place depuis 2019 dédiée aux jeunes de **12 à 18 ans** relevant de la protection de l'enfance, intervient afin de sécuriser leur parcours, en complément de la possibilité de consulter un médecin psychiatre au Foyer de l'Enfance Balade.
- *Equipe PSIDEV* (Programme d'évaluation et de **Suivi Individualisé du Développement des Enfants Vulnérabilisés** par l'adversité précoce), en place depuis avril 2021, dédiée à l'évaluation systématique et au suivi des enfants de **0 à 7 ans**, vulnérabilisés par l'adversité précoce relevant directement ou indirectement de la protection de l'enfance. L'équipe peut être sollicité par la PMI, les CMS, les CMP/CAMPS ou les pédiatres (libéraux ou hospitaliers).

La construction de cette filière s'appuie sur une collaboration étroite avec les services de protection de l'enfance du Conseil départemental afin de renforcer les coopérations, de définir collectivement les réponses aux besoins non couverts et d'apporter la cohérence nécessaire aux parcours de ces enfants.

Un projet retenu dans le cadre de l'Appel à Projets mesures nouvelles en pédopsychiatrie 2021 vise ainsi à définir une seule filière « Enfance vulnérable » de 0 à 18 ans reposant sur les deux équipes existantes et la création d'une équipe en direction des 7-12 ans.

Ce projet est porté au schéma départemental de la prévention et de la protection de l'enfance « SDPPE 2021 - 2025 » par la fiche action n°39 « Poursuivre le soutien aux interventions de l'équipe mobile du CHD et développer les interventions auprès des moins de 16 ans ». Il fera l'objet d'un accompagnement financier du Département.

De plus en 2021, une équipe rattachée au CMP adolescents s'est mise en place : le « **RESEDA intensif** ». Elle permet de dispenser des soins ambulatoires pour les Adolescents du Lot-Et-Garonne et elle a pour objectif de réduire les inégalités d'accès aux soins et de proposer une alternative à l'hospitalisation à des situations de crise (crise suicidaire, TCA, etc.). Ce projet financé

ponctuellement par l'ARS en 2021 pourra se poursuivre car il a également été retenu dans le cadre de l'Appel à Projets mesures nouvelles en pédopsychiatrie 2021.

✓ *L'Equipe Mobile d'Appui aux structures médico-sociales pour les personnes souffrant d'handicap psychique sévère*

Dans le cadre des travaux menés par le GCS de Santé Mentale, l'analyse des parcours des patients hospitalisés dans des unités au long cours a montré que la coordination entre la psychiatrie adulte et les structures médico-sociales est difficile.

Aussi, la mise en place d'une équipe mobile d'appui aux structures médico-sociales a été réfléchi avec les partenaires : Foyers occupationnels, Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) et Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) du Lot-et-Garonne dont l'une d'entre elles est la MAS de Sécuran (rattachée au CHD). Cette équipe mobile à vocation intersectorielle qui démarre en janvier 2022 mènera des actions en synergie avec les trois secteurs de psychiatrie adultes pour améliorer la coordination des équipes psychiatriques avec les établissements médico-sociaux et de fluidifier les parcours.

✓ *Les autres équipes mobiles*

Il convient également de citer deux autres équipes mobiles pour accompagner les publics précaires ainsi que les parents et jeunes enfants de 0 à 18 mois :

- **EMPP** (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) : dispositif de prévention permettant d'éviter de laisser sans réponse des personnes en grande difficulté face à l'accès aux soins.
- **EAPP47** (Equipe d'Accompagnement Psychologique en Périnatalité) pour apporter une aide aux parents et jeunes enfants de 0 à 18 mois souffrant de problématiques psychologiques, relationnelles et comportementales.

Enfin, pour développer les modalités de prise en charge en réhabilitation psychosociale, plusieurs équipes mobiles se sont développées au cours des dernières années comme par exemple :

- **EMER** (Equipe Mobile d'Evaluation en Réhabilitation) afin d'évaluer et de proposer un accompagnement adapté aux patients souffrant de schizophrénie, de troubles bipolaires ou de certains troubles de la personnalité en dehors de la période de crise et, si possible, de façon précoce dès les premiers signes de la pathologie.
- **EARS** (Equipe Ambulatoire de Réadaptation Spécialisée) afin d'accompagner l'intégration dans la cité dans un logement autonome et le développement de l'autonomie par un suivi ambulatoire renforcé

 *Données d'activité*

NB : Compte tenu de la crise sanitaire de 2020 qui a fortement impacté l'activité des établissements, les données d'activités 2019 constituent la référence de l'élaboration du présent projet.

En 2019, le CHD a pris en charge 12 176 patients, c'est 5,5% de patients de plus qu'en 2018.

En effet, la file active ne cesse d'augmenter, ainsi entre 2015 et 2019, la file active a augmenté de 25%.

En 2019, 11 791 patients ont été suivis en ambulatoire et 123 858 actes ont été réalisés, soit en moyenne 10,5 actes par patients.

Concernant l'hospitalisation temps plein, la file active a diminué de 5,7% entre 2018 et 2019.

Répartition des modes légaux de prises en charge		
	France	CHD la Candélie
Soins psychiatriques libres	94.6%	94,9%
Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE)	0,8%	1,6%
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence	2.9%	1,5%
Soins psychiatriques pour péril imminent	1.3%	1,8%

Source : <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>

L'organisation médico administrative de l'établissement est la suivante :

- 3 pôles de psychiatrie générale adulte assurant le suivi d'une population relevant de trois secteurs géographiques distincts,
- 1 Pôle départemental de psychiatrie Infanto juvénile et 1 Pôle départemental de psychiatrie de l'adolescent,
- 1 Pôle "Perspectives" comprenant le service de réhabilitation psychosociale, l'hospitalisation à domicile (HAD) et le service de géronto- psychiatrie,
- 1 Pôle « CASSIOPEE » regroupant :
 - ✓ Les services de psychiatrie "Accueil Urgences Psychiatrie de liaison" et la clinique,
 - ✓ Le centre Pierre Fouquet avec de la médecine et du SSR en addictologie,
 - ✓ La médecine polyvalente (Bloc Médico Technique), HANDISANTE 47,
 - ✓ La pharmacie à usage intérieur,
 - ✓ Le Département d'Information Médicale et de Santé Publique.

En 2020, deux structures fédératives ont été formalisées :

- La fédération des unités de soins psychiatriques prolongés qui regroupe 3 unités des différents pôles adultes accueillant des patients hospitalisés au long cours.

L'objectif est de :

- Développer une culture commune de prise en charge de ces patients,
- Travailler plus efficacement sur les projets de sortie de ces patients,
- Permettre de stabiliser leurs parcours de vie,

- Améliorer les liens avec les établissements médicosociaux du Lot-et-Garonne. Elle est animée par un coordonnateur médical du pôle Agen Albret qui organise le fonctionnement de cette fédération en articulation avec les 3 pôles adultes.
- Le Service de Psychologie et de Psychiatrie Légales qui assure la prise en charge des personnes placées sous-main de justice. Il constitue ainsi une structure fédérative entre les pôles, destinée à coordonner la prise en charge de cette population sur le département. Elle est animée par un coordonnateur médical du pôle Agen Albret, dans le respect des compétences des pôles concernés.

Synthèse de l'activité des pôles adultes :

Pôle Agen/Albret (2019)



Nombre de patients : **3 022**

Les principales pathologies prises en charge par le pôle

Troubles d'humeur

Schizophrénie

Hospitalisation Temps Complet



Effectifs patients
2019 : **343**



Nombre de journée
à l'isolement : **667**,
+ 43,1% vs 2018

Activité Ambulatoire



Effectifs patients
2019 : **2 903**



Nombre d'actes
2019 : **28 716**
+ 2,1% vs 2018

L'activité des CMP et de la maison d'arrêt augmente alors que celle des CATTP diminue.

**Pôle du secteur 47G02
« AGEN ET ALBRET »**

Pôle Garonne et Confluent (2019)



Nombre de patients : **1 870**

Les principales pathologies PEC par le pôle

Troubles d'humeur

Schizophrénie

Troubles névrotiques

Hospitalisation Temps Complet



Effectifs patients
2019: **272**



Nombre de journée à l'isolement : **408**,
- 40,1% vs 2018

Les journées en SPI augmentent + 32% vs 2018

Activité Ambulatoire



Effectifs patients
2019 : **1 741**



Nombre d'actes
2019 : **19 994**
+ 0,3% vs 2018

Pôle du secteur 47G03
« GARONNE ET CONFLUENT »

Pôle Vallée du lot (2019)



Nombre de patients : **2 222**

Les principales pathologies prises en charge par le pôle

Troubles d'humeur

Schizophrénie

Troubles névrotiques

Hospitalisation Temps Complet



Effectifs patients
2019 : **307**



Nombre de journée à l'isolement : **816**,
+ 2,4% vs 2018

Activité Ambulatoire



Effectifs patients
2019 : **2 103**



Nombre d'actes
2019 : **20 920**,
+ 3,5% vs 2018

Le CMP de Villeneuve augmente sa file active et ses actes alors que le CMP de Fumel diminue son activité. L'activité du centre de détention augmente fortement.

Pôle du secteur 47G04
« VALLÉE DU LOT ».

Synthèse de l'activité des pôles enfants :

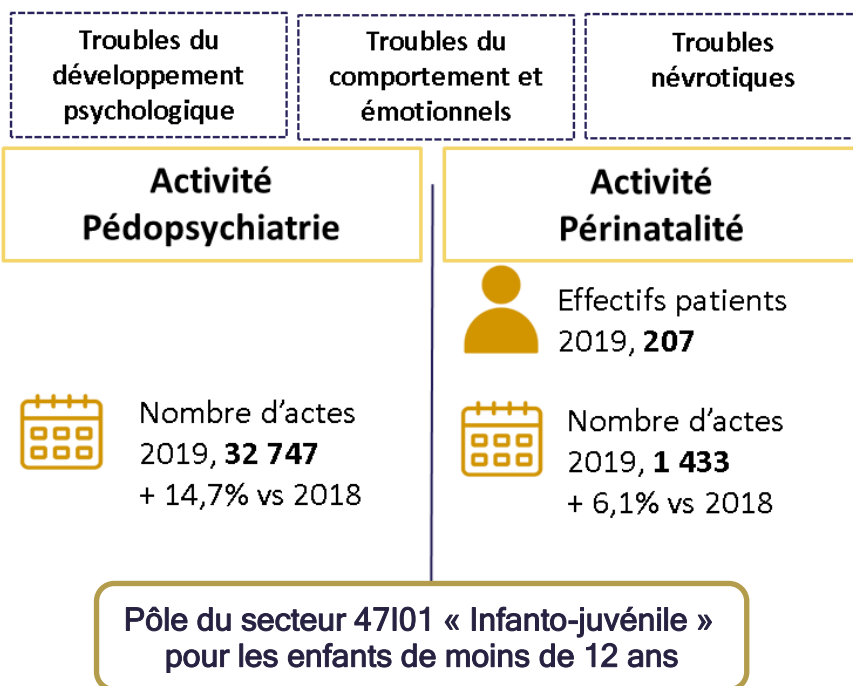
Pôle pédopsychiatrie (2019)



Nombre de patients : **1 859**

Age moyen : **8 ans**

Les principales pathologies prises en charge par le pôle



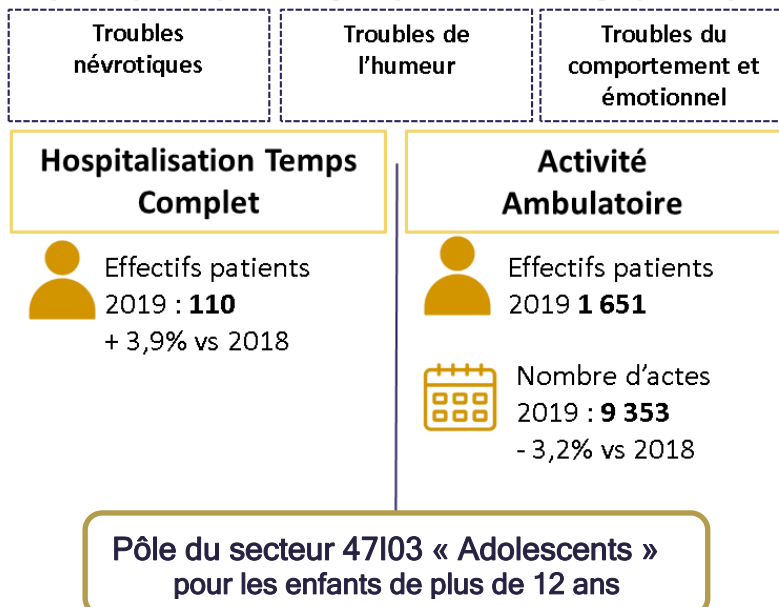
Pôle ado (2019)



Nombre de patients : **1 659**

Age moyen : **15,2 ans**

Les principales pathologies prises en charge par le pôle



Synthèse de l'activité des pôles transversaux :

Pôle PERSPECTIVES (2019)

Réhabilitation



Effectifs patients : **442**
Age moyen : **38 ans**



Nombre d'actes 2019 :
6 406
+ 10,4% vs 2018

Les principales pathologies prises en charge

Troubles
névrotiques

Schizophrénie

Troubles de
l'humeur

Géronto-psy



Effectifs patients : **482**
Age moyen : **80 ans**



Nombre d'actes
2019 : **524**

Les principales pathologies prises en charge

Troubles de
l'humeur

Démences

Schizophrénie

Diminution significative
de l'activité géronto-
psychiatrie →
Fermeture de 16 lits

HAD



Effectifs patients : **85**
Age moyen : **46 ans**

Les principales pathologies prises en charge

Troubles de
l'humeur

Troubles
névrotiques

97 séjours
Durée moyenne de
présence : 34 jours

Pôle des secteurs 47Z06 « REHABILITATION »
& 47G99 « GERONTO PSYCHIATRIE »

Pôle CASSIOPEE (2019)

Urgence dont SIRA



Effectifs patients : **2 278**
Age moyen **43 ans**



Nombre d'actes 2019 :
3 069
+ 0,8% vs 2018

Les principales pathologies prises en charge

Troubles de
l'humeur

Schizophrénie

Troubles névrotiques

Durée moyenne de
présence : 3,2 jours

ADDIMED



Effectifs patients **232**,
âge moyen **48,5 ans**



Nombre d'actes 2019 :
696
-29,8% vs 2018

Les principales pathologies prises en charge

Trouble liés à la
consommation de substances
psycho-actives

Troubles névrotiques

Troubles de l'humeur

Clinique



Effectifs patients **228**,
âge moyen **48 ans**

Les principales pathologies prises en charge

Troubles de l'humeur

Troubles névrotiques

242 séjours
Durée moyenne de
présence : 13 jours

Pôle du secteur 47Z01
« URGENCES & LIAISON ».

2. Le Bilan du précédent Projet d'Établissement

Le bilan par idée force du projet médico-soignant (2017-2021) est présenté synthétiquement ci-après.

Faire du CMP le pivot du parcours patient et développer le « Aller vers »

Les actions réalisées concernant cet axe sont les suivantes :

- Fermeture d'une unité d'hospitalisation « Gauguin » le 31 janvier 2018 pour permettre un redéploiement de moyens en extra - hospitalier
- Le renforcement des équipes infirmières a été en partie mené malgré les difficultés de recrutement liées à la pénurie d'infirmiers
- Les 3 Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) ont été installés en 2018 et ont développé des actions, avec une mise en place de Commissions d'étude de situations complexes sur Agen et Villeneuve/Lot, et une veille d'urgence sociale sur le marmandais. Le périmètre du CLSM villeneuvois a été étendu au niveau du territoire de l'agglomération, tout comme le CLSM de Marmande étendu à l'agglomération Val de Garonne.
- L'équipe du CMP adultes a été installée dans les locaux de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Miramont de Guyenne.
- Une consultation infirmière a ouvert au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire des Haras (Villeneuve/Lot) ; une autre avait démarré sur la Maison de Santé Pluridisciplinaire d'Astaffort. Pour cette dernière, le partenariat a été arrêté en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire et n'a pas redémarré depuis.
- Les CMP infanto-juvénile et adultes ont intégré les locaux de Maison de Santé Pluridisciplinaire de Casteljaloux en septembre 2021
- Le développement d'une collaboration avec les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) a pu voir le jour dans le cadre des travaux menés pour la mise en place de la Maison de Usagers (ouverte en septembre 2021)
- Le GCS de santé mentale a été constitué (Décision 2019-231 du 29 novembre 2019 portant approbation de la convention constitutive du GCS de santé mentale du Lot et Garonne)
- Le service d'HANDISANTE 47 a été inauguré le 12 Mars 2018, les personnes qu'il prend en charge présentent :
 - Des troubles du spectre autistique (besoin de bilan diagnostique, suivis...)
 - Et/ou un handicap mental les écartant de l'accès aux soins somatiques en médecine de ville (population dans la précarité, apragmatique, ...).
- Déploiement de la téléconsultation (lien CHD/ médecine ville) mené par l'établissement et en lien avec le GHT

Développer la réhabilitation psycho-sociale

L'établissement a répondu à un avis d'appel à candidature de l'ARS de Nouvelle Aquitaine en date du 4 mai 2018 pour mettre en œuvre un projet d'organisation et de fonctionnement répondant au cahier des charges relatif à la labellisation des structures de soins de réhabilitation psycho-sociale de proximité (niveau1). En décembre 2019, l'ARS a retenu l'établissement qui dispose donc d'une labellisation de cette activité.

Lutter contre la chronicisation des patients

Une Fédération de Soins psychiatriques prolongés a bien été mise en place et elle dispose d'une charte institutionnelle.

Par contre, la création d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) prévue au sein du GHT n'a pas vu le jour.

Construire une filière TSA/TND

L'établissement a mené un plan de formation pour développer les compétences diagnostiques (ADI, ADOS) et thérapeutiques sur tout le territoire. Il participe au dispositif d'attribution de la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) de Lot et Garonne attribuée à l'association ALGEEI et ce domaine d'activités fait l'objet de fiches action du PTSM.

Parcours PEDO-ADOLESCENT

Le parcours des adolescents est un axe repris dans les fiches action du PTSM.

Confirmer et développer les missions du pôle ADDIMED

Le parcours départemental d'addictologie a été labélisé. Cette activité est également bien identifiée dans les actions du PTSM.

Apporter de la valeur ajoutée aux missions de la Pharmacie

Un projet de réorganisation de l'activité pharmaceutique est envisagé avec le Centre Hospitalier Agen-Nérac dans le cadre des travaux menés au sein du GHT.

Elaborer le projet de service de la MAS DU SEGURAN

Le projet de service de la MAS a été adopté en juin 2018.

Soutenir et développer des projets innovants

S'agissant des dispositifs de prévention du suicide des actions spécifiques « Vigilans » sont déployées par les ARS, l'établissement s'inscrira dans ce déploiement en fonction du calendrier régional.

Contractualisation des pôles

En 2021, des travaux menés avec le directoire, la CME et les chefs de pôle ont permis de finaliser une trame type des contrats de pôle qui ont été signés au début de l'année 2022.

3. Les recommandations du CGLPL relatives au projet d'établissement

La première visite du CGLPL en juillet 2019, a donné lieu à un rapport comportant 36 recommandations, qui ont fait l'objet d'un plan d'actions qui a été suivi par un comité de pilotage mis en place pour porter la démarche.

Par ailleurs, les visiteurs ont mis en avant la nécessité d'élaborer un nouveau projet d'établissement construit de manière pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Ils ont souhaité que ce futur projet soit centré sur la qualité de prise en charge des patients et du respect de leurs droits, la prise en compte des familles et des proches, mais également, sur la transversalité des services et des pratiques soignantes qui constitue un élément indispensable à cette qualité de prise en charge.

Ainsi certaines actions issues du rapport du CGLPL sont directement renvoyées au projet d'établissement et donc intégrées à ce présent document ; le schéma directeur immobilier en est un volet majeur. En effet, sa réalisation est la nécessaire solution permettant de résoudre les problématiques architecturales relevées : pavillons conçus sur un modèle prévoyant le secteur hébergement en étage et les locaux de vie au rez de chaussée, dimensionnement insuffisant en surface des bâtiments pour implanter les locaux nécessaires à la prise en charge psychiatrique (salles d'activités, accueil familles, etc...).

II. PROJET MEDICO-SOIGNANT SOCLE

3 axes stratégiques

6 thèmes de travail

17 projets



A. Présentation des axes stratégiques

Le projet médico-soignant a été élaboré avec une très large participation de professionnels de terrain (médecins, soignants, administratifs, ...) volontaires.

La méthodologie d'élaboration est détaillée en annexe N° 1.

Synthèse



Le projet médico-soignant met en avant les 3 axes stratégiques que sont l'organisation des soins, la qualité des soins et la prise en compte des filières spécifiques.

De plus, ce projet médico-soignant 2022-2027 s'inscrit dans un contexte particulier à la fois lié aux évolutions de l'environnement de la santé mentale (légale, réglementaire, sociétale et thérapeutique...) mais aussi de la situation de crise sanitaire du COVID 19.

En effet, plusieurs enquêtes (notamment l'enquête CoviPrev menée régulièrement auprès des Français par Santé publique France depuis mars 2020), ont observé une hausse générale de l'anxiété et des états dépressifs.

Dans ce contexte contraint, les réflexions menées par les professionnels sont concrètes et réalisables à l'horizon des 5 ans à venir.

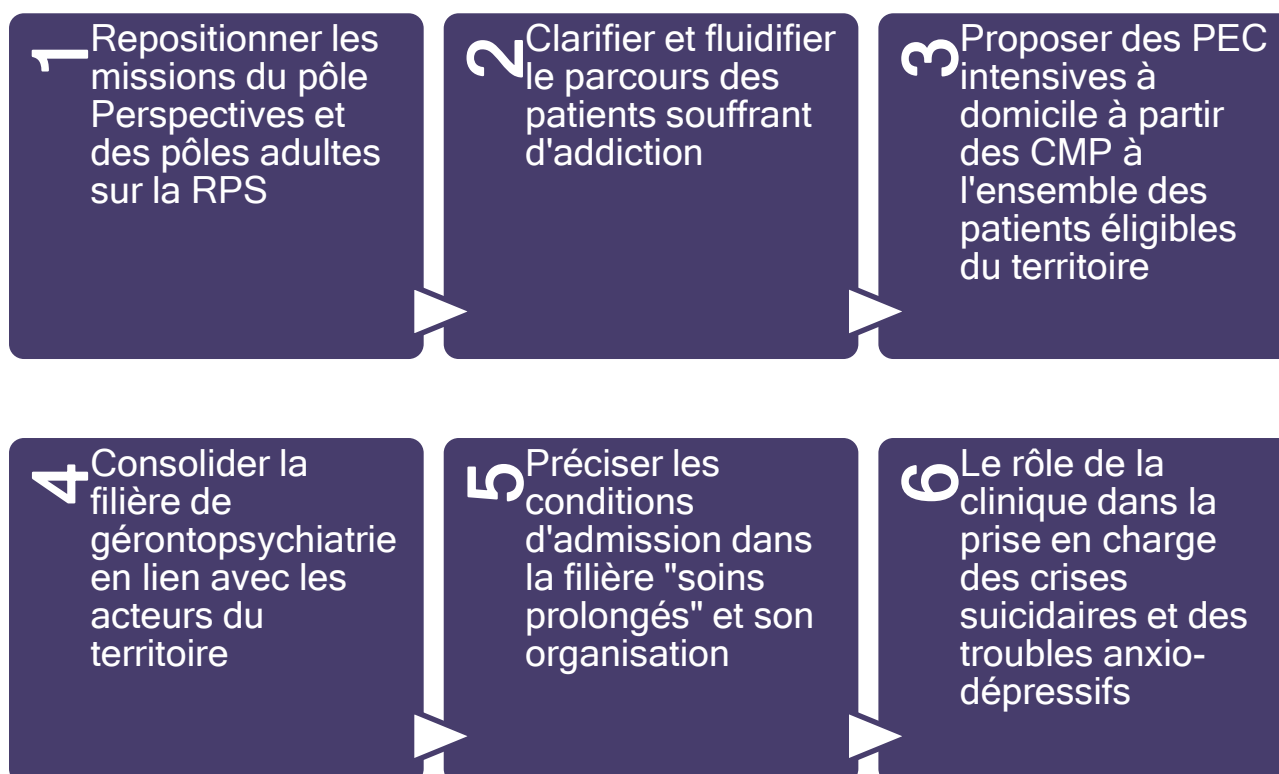
Ainsi les professionnels ont mené des réflexions autour de 6 thèmes de travail :

1. L'organisation des activités intersectorielles
2. L'admission des patients
3. La gradation des soins sur le territoire
4. La qualité de l'accueil des patients et des familles
5. L'organisation des prises en charges des jeunes adultes et grands adolescents
6. Le développement de la filière psycho-trauma

NB : La question de la capacité à recruter des praticiens traverse tous les projets du PMS et les stratégies à développer pour améliorer cette situation ou la pallier font partie des thèmes à étudier

B. Axe organisation des soins

1. Organisation des activités intersectorielles



Repositionner les missions du pôle Perspectives et des pôles adultes sur la RPS

Pourquoi ?

Les activités de RPS du pôle Perspectives sont hétérogènes selon les pôles sectoriels et elles ne bénéficient pas à tous les patients qui le nécessiteraient sur l'ensemble du territoire, alors que les besoins sont importants.

En effet, les moyens du service ne permettent pas d'assurer l'ensemble des activités de RPS et les critères d'admission ne sont pas toujours compris des pôles sectoriels.

Ainsi, il convient de densifier les liens et les articulations entre ces services, d'améliorer la connaissance des activités disponibles de la part des personnels de l'établissement et des usagers.

En tenant compte des moyens dont dispose le pôle Perspectives, il est nécessaire de repositionner clairement ses missions en matière de RPS (formation, centre expert, techniques spécifiques...), ses possibilités et ses limites en matière de prise en charge individuelle, Il en est de même pour les activités des pôles sectoriels dans ce domaine (**principe de subsidiarité**).

Par ailleurs, de manière plus spécifique, doit être étudiée la prise en charge des patients avec des profils particuliers (patients non verbaux, psychotiques résistants, déficients intellectuels) qui, pour certains, ne bénéficient pas de RPS et ne dépendent pas de la Fédération « au long cours ».

Le projet :

Le projet consiste à permettre à tous les patients du territoire d'accéder à la même offre de RPS.

Dans un premier temps, un groupe projet mixte sera organisé entre les professionnels du pôle Perspectives et les professionnels des pôles sectoriels.

Les membres du groupe devront définir les rôles et les missions (prise en charge directe et/ ou en appui) attendus respectivement du Pôle Perspectives et des Pôles adultes en répondant notamment à ces questions :

- Comment faciliter l'accès des professionnels et des patients aux techniques de réhabilitation ?
- Comment diffuser les notions de rétablissement dans les activités thérapeutiques et occupationnelles et renforcer l'axe réhabilitation de ces activités ?
- Comment promouvoir la psycho-éducation et l'inclusion des familles et des aidants dans ces programmes ?
- Comment proposer régulièrement les activités de sensibilisation, de formation, de diffusion des techniques spécifiques etc.... qui relèvent d'un pôle transversal en charge de la RPS (il faut noter que la mise en œuvre de ces activités a été retardée par la crise sanitaire).

Dans un deuxième temps, il s'agira de mieux communiquer sur la RPS.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Mettre en place un groupe projet avec des professionnels du pôle Perspectives et des pôles sectoriels.

- Faire un état des lieux de l'existant : quels sont les besoins des pôles, quelles sont les activités de RPS réalisées par les pôles ? Identifier les moyens alloués à la RPS dans l'établissement.
→ **Définir qui fait quoi ?**
- Réfléchir sur les prises en charge actuelles et celles souhaitées et expliciter les critères d'inclusion et d'exclusion à la RPS du pôle Perspectives (élaborer le logigramme du parcours RPS), les compétences « expertes » du pôle Perspectives à la disposition des pôles.
- Définir une stratégie sur le nombre de lits et enrichir les débats sur l'identification d'une unité pour les patients résistants qui bénéficieraient de prises en charge de RPS (en lien avec le futur schéma architectural).
- Développer la prise en charge en appartements thérapeutiques au travers de l'augmentation de capacité (7 à 10 places et une amélioration de la qualité des locaux).

Action 2 : Définir les besoins et la stratégie de déploiement des formations en RPS en lien avec les centres d'expertise régionaux (définir le plan de formation prioritaire et le calendrier).

Action 3 : Favoriser les échanges et le partage de connaissances/compétences avec d'autres centres experts.

Action 4 : Inscrire les actions du projet médico-soignant dans les objectifs du PTSM (action 18).

- Développer la communication interne (Diffusion du logigramme du pôle Perspectives, des compétences expertes, articulation, ...).
- Développer la communication externe et le lien avec les acteurs du territoire (notamment les GEM).

Clarifier et fluidifier le parcours des patients souffrant d'addiction

Pourquoi ?

Les critères d'admission et de prise en charge du Centre Pierre Fouquet (CPF) portant l'activité d'addictologie doivent être retravaillés en transversal pour être mieux compris.

- En amont du CHD :

Certains sevrages ne sont plus réalisés au CHAN, ainsi des sevrages alcooliques arrivent au SIRA, ce qui n'est pas forcément adapté, en effet, le CHD n'a pas vocation à réaliser des sevrages en urgence.

- Au niveau des pôles de psychiatrie de l'établissement :

Les pôles expriment le besoin de mieux comprendre leur articulation avec le service d'addictologie.

En effet, ces derniers se retrouvent parfois en difficulté avec des sevrages qu'ils doivent prendre en charge en urgence et avec des patients qui attendent dans les pôles une place de cure en addictologie au Centre Pierre Fouquet.

- En aval des pôles de psychiatrie : le temps d'attente pour une place en cure au CPF est parfois long :
 - Le service d'addictologie est de plus en plus submergé par les demandes de sevrage de 10 à 15 jours, ce qui limite d'autant les places en cure d'un mois ou plus.
 - En raison du manque de logements disponibles à titre temporaire et d'urgence, des patients sont hospitalisés au sein des pôles de psychiatrie sans projet de soins particulier ni date de sortie dans l'attente d'une place pour une cure au CPF (cf. conditions d'admission au CPF).

Le projet

Le projet consiste à clarifier et à fluidifier le parcours des patients concernés par l'addictologie au sein de l'établissement (CMP/CSAPA/ELSA/pôles/CPF/associations néphalistes). Il s'agit également clarifier et fluidifier les relations entre les centres hospitaliers et le CHD concernant les patients souffrant d'addiction.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Mettre en place un groupe projet mixte (service d'addictologie /services adultes et adolescents) pour :

- Faire un état des lieux des situations et cas cliniques qui posent des problèmes aux pôles (Analyse qualitative et quantitative).
- Redéfinir les critères d'admission des patients souffrant d'addictions au SIRA.
- Redéfinir les rôles - missions - critères d'admission - modalités du parcours en addictologie.

Ce groupe de travail va rédiger une charte de fonctionnement qui sera partagée dans les pôles.

Par ailleurs, il sera pertinent de faire des propositions pour les patients hospitalisés en attente de place dans le service d'addictologie (HDJ).

Action 2 : Travailler avec les centres hospitaliers généraux pour organiser et clarifier :

- Le parcours addictologie dans sa globalité.
- Les modalités d'admission au SIRA des patients addictologie (pathologie duelle).
- Les possibilités de sevrage au sein des centres hospitaliers généraux.

Action 3 : Travailler sur la fluidité du parcours addictologie.

- Etudier la possibilité de créer des logements temporaires d'urgence.
- Etudier la création d'une prise en charge de type HDJ addictologie sur les 2 autres territoires du département.
- Développer l'intervention de l'équipe CESAR sur les 2 autres territoires du département.

Action 4 : Diffuser largement la charte et l'organisation de la filière addictologie sur le département en interne et en externe (pôles, acteurs du territoire, familles, aidants, associations...).

Proposer des prises en charge intensives à domicile à partir des CMP à l'ensemble des patients éligibles du territoire

Pourquoi ?

L'HAD ne couvre pas l'ensemble du territoire, elle intervient dans un périmètre de 30 kms autour d'Agen, cependant les demandes sont fortes sur l'ensemble du territoire.

En 2017, l'HAD a été initialement autorisée sous réserve de :

- Recruter un médecin,
- Affecter du temps d'assistante sociale et psychologue,
- Etendre l'HAD à tout le département.

Actuellement, les effectifs du service, et en particulier le manque de temps médical, ne permettent pas d'étendre le champ d'intervention de l'équipe, qui a fait ses preuves en termes d'efficacité en post-hospitalisation. Ils empêchent également d'utiliser cet outil d'intervention intensive en amont, en prévention d'hospitalisation.

Le projet

Le projet consiste à définir une organisation-cible et les moyens nécessaires pour permettre aux patients du territoire de pouvoir bénéficier d'une prise en charge intensive à domicile à partir des CMP.

Ce projet fait consensus par sa réponse en termes d'équité d'accès aux soins. Aussi, il est l'occasion de réexaminer les critères d'admission, le public-cible et les règles de fonctionnement de l'HAD afin d'étudier une extension sur le territoire qui pourrait se réaliser selon d'autres modalités et à partir des CMP-pivots.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Recenser les besoins en prise en charge intensive à domicile dans les pôles Garonne et Confluent et Vallée du Lot.

Action 2 : Rédaction d'une fiche de poste pour le recrutement d'un médecin psychiatre au service d'HAD.

Action 3 : Envisager des modalités permettant une prise en charge intensive à domicile sur l'ensemble du territoire.

- Revoir/ Diffuser les conditions d'accès à l'HAD existante.

- Construire les modalités de prise en charge et s'appuyer sur les CMP pour développer des prises en charges intensives à domicile selon d'autres modalités que le cahier des charges de l'HAD stricto sensu.

Consolider la filière de géro-psi-chiatrie en lien avec les acteurs du territoire

Pourquoi ?

L'absence d'UCC¹ sur le département entraîne de nombreuses difficultés d'hospitalisation.

Les pôles font face à une demande importante concernant les personnes âgées qui présentent des spécificités de prises en charge, ainsi, les professionnels sont souvent démunis face aux problèmes somatiques, avec des retours aux urgences de l'hôpital général.

Le service de géro-psi-chiatrie se compose de 16 lits orientés sur l'hospitalisation des personnes présentant des troubles psychiatriques aigus. Cependant un lit est actuellement occupé par un patient au « long cours ».

Le service ne dispose que de 4 chambres au rez-de-chaussée, ce qui n'est pas adapté aux profils des patients. Par ailleurs en 2020, 4 places d'HDJ ont été fermées à cause de la crise sanitaire COVID-19.

La filière souffre incontestablement d'un manque de ressources médicales pour pouvoir assurer l'ensemble des interventions, notamment les consultations avancées interrompues au départ du médecin (non remplacé) qui les assurait.

Face aux difficultés rencontrées par le service, les critères d'admission se sont resserrés pour n'accueillir que les patients relevant de psychiatrie (pathologies intriquées mais pas d'hospitalisation de patients atteints uniquement de démence) :

- Personnes de 65 ans et plus
- Que la personne ne soit pas connue par un autre pôle (sinon c'est le secteur d'origine qui prend en charge la personne)
- Comorbidités somatiques et nursing

Par ailleurs, une équipe mobile (EMGP) composée d'IDE et de psychologues est en mesure d'intervenir en intrahospitalier, dans tous les pôles mais également au SIRA, notamment pour réorienter les personnes âgées et éviter les hospitalisations inadéquates. Sur le territoire, l'équipe intervient principalement, auprès des EHPAD au moment de la crise et en post-crise.

¹ **UCC** : unité cognitivo-comportementale proposant un programme personnalisé de réhabilitation cognitive et comportementale sur la base d'un bilan médico-psycho-social et ayant pour objectif de stabiliser les troubles du comportement et d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise.

L'EMGP n'a pas vocation à suivre les patients âgés qui sont déjà suivis en CMP et elle n'intervient pas au domicile. Les rôles et les relations entre l'EMGP et les CMP ne sont pas forcément explicites. Compte tenu du déficit en temps médical, le service estime arriver à sécuriser l'hospitalisation, mais l'ouverture sur l'extérieur, sur les EHPAD, n'est pas au niveau souhaité, de même pour l'activité dans les secteurs.

L'amont d'une prise en charge constitue un enjeu fort et les liens avec le territoire sont prioritaires. Le CHD de la Candélie a signé une convention avec l'EMOG du CHAN (équipe mobile à orientation gériatrique), mais ce dispositif semble trop peu connu et peu utilisé par les équipes.

Les relations avec les trois Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) sont bonnes, avec une aide réciproque. De plus, les professionnels utilisent la plateforme « Paaco-Globule »².

L'établissement a développé la télémédecine, avec une téléconsultation très utile planifiée avec l'EHPAD en sortie d'hospitalisation.

Le projet

Le projet consiste à mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées du territoire en lien avec les objectifs du PTSM (action 3).

En effet, il paraît nécessaire de clarifier le parcours des patients âgés et de le faire mieux connaître des pôles sectoriels, le service de géro-psycho-geriatrie ne pouvant pas prendre en charge toutes les personnes âgées hospitalisées dans l'établissement.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Etudier la pertinence du développement des activités en lien avec le sujet âgé (activité d'HDJ en géro-psy/augmentation du nombre de lits de l'unité) et clarifier les parcours de soins.

- Faire un état des lieux des besoins pour objectiver les demandes.
- Clarifier et diffuser les parcours de soins des personnes âgées, urgences/SIRA/géro-psycho-geriatrie /unités de pôles, EMGP/CMP.

Action 2 : Densifier les liens avec les acteurs du territoire en lien avec la fiche action n°3 du PTSM.

- Réaliser une cartographie des acteurs du territoire.
- Développer les réunions de coordination avec les acteurs en s'appuyant sur les PTA existantes.
- Renforcer le développement de la télémédecine avec une expertise/aide des médecins de Limoges et/ou Bordeaux et une réflexion sur les praticiens partagés.

² Porté par l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine, Paaco-Globule est l'outil numérique de coordination utilisé par les professionnels de la région pour le suivi de tous types de parcours de santé.

Action 3 : Améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées.

Le vieillissement de la population et la prévalence des troubles psychiques sont des données incontournables conduisant à une adaptation du dispositif intra-hospitalier :

- Mise en place de séjours de rupture
- Evolution de 16 à 18 places de l'unité de géronto psychiatrie
- Locaux à adapter à chaque personne âgée (action en lien avec l'élaboration du schéma directeur immobilier.

Concernant les relations avec les Plateformes Territoriales d'Appui³, le pôle s'oriente vers la mise en place de staffs et d'une plateforme téléphonique pour demander appui et conseil.

Préciser les conditions d'admission dans la filière « soins prolongés » et son organisation

Pourquoi ?

Actuellement, après une cinquantaine de sorties ces dernières années, environ 70 patients sont hospitalisés au long cours dans l'établissement, ces patients étant plus difficiles à orienter.

La Fédération des soins prolongés comprend 3 unités de 14-15 lits. Les autres patients sont dispersés dans les unités sectorisées ou intersectorielles.

L'organisation des 3 unités de soins est la suivante :

- L'unité des « Lauriers » accueille plutôt des patients « non verbaux » du médico-social.
- Les deux autres unités accueillent des pathologies variées.

Le manque du temps médical sur la Fédération des soins prolongés, le turn-over des personnels non médicaux, le manque ou l'insuffisance de certains profils (psychologues, AS) rendent difficile les actions de RPS structurées, coordonnées, suivies dans le temps qui seraient nécessaires pour faciliter les sorties.

De manière générale, les critères d'admission de la Fédération ne sont pas toujours clairs pour les autres pôles et nécessiteraient d'être mieux explicités.

De plus, actuellement, l'institution ne répond pas au profil de certains patients : non éligibles à la RPS du pôle PERSPECTIVES du fait de pathologies sévères, mais insuffisamment pour relever d'une prise en charge de la Fédération.

L'équipe mobile prévue dans le cadre de la mise en œuvre des objectifs du PTSM (action 17) a démarré au début de l'année 2022 et deux partenariats ont été conclus dans ce sens. Cette équipe aura aussi vocation à intervenir en interne.

³ Les PTA apportent un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes.

Le projet

Le projet consiste à apporter plus de visibilité sur la filière "soins prolongés", notamment en précisant les critères d'admission, mais également en explicitant la nouvelle organisation, qui aura une incidence sur le programme capacitaire et architectural.

Plusieurs scénarii organisationnels ont été discutés lors des groupes de travail d'élaboration du PMS

Les organisations envisagées seraient soit :

1) 2 services différents (avec des médecins référents par service)

- 1 service pour les patients avec des troubles neuro développementaux
- 1 service pour les pathologies résistantes

2) 2 services différents

- 1 unité avec des lits pour des séjours de rupture
- 1 service spécialisé pour la réhabilitation des personnes déficientes, qui nécessiterait de renforcer les équipes de la Fédération en lien avec le pôle Perspectives

Les principales actions à mener :

Action 1 : Préciser les critères d'admission dans la filière "soins prolongés" et les diffuser.

Action 2 : Conduire une réflexion sur la prise en charge des pathologies résistantes (création d'une unité dédiée aux pathologie résistantes) et plus largement sur l'organisation de la filière apportant une approche rétablissement.

Cette action est en lien avec le projet « Repositionner les missions du pôle Perspectives et des pôles adultes sur la RPS ».

Action 3 : Organiser une filière de prise en charge sur le territoire en lien principalement avec les ESMS.

Cette action est particulièrement conditionnée par le recrutement de professionnels.

Action 4 : Adopter un nouveau dispositif hospitalier :

- Réduction de lits et d'unités (3 à 2) et réduction capacitaire (43 à 36 lits).
- Disposer de locaux adaptés à la prise en charge : chambres individuelles, bâtiment de plein pied avec un accueil pour les familles et une salle d'activités.

Le rôle de la clinique dans la prise en charge des crises suicidaires et des troubles anxio-dépressifs

Pourquoi ?

La clinique est un service intersectoriel ouvert de 10 lits d'hospitalisation de psychiatrie générale. Ce service prend en charge essentiellement des patients souffrant de pathologies anxieuses et dépressives.

Cependant, la clinique n'est pas ouverte aux patients déjà connus des secteurs et les critères d'admission ne sont pas toujours compris des secteurs. De plus, les relais avec le CMP après un séjour à la clinique sont parfois compliqués.

Le projet

Le projet consiste à réinterroger le rôle de la clinique au sein de l'établissement en mettant en place un groupe projet.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Réaliser un état des lieux des patients pris en charge à la Candélie pour un trouble anxio-dépressif.

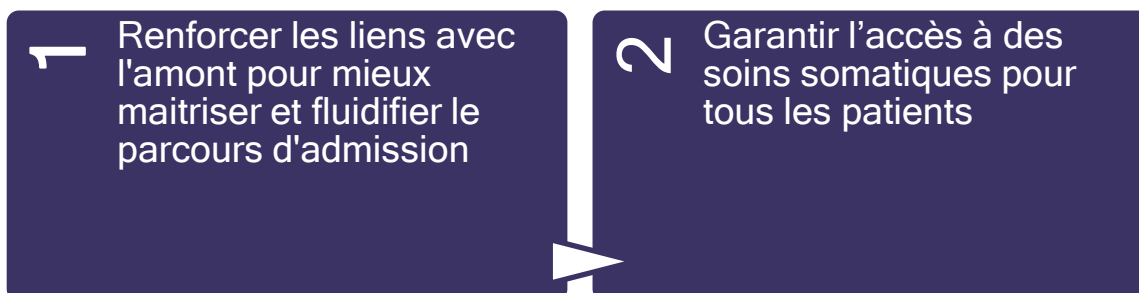
Action 2 : Mettre en place un groupe projet.

L'objectif de ce groupe projet est de :

- Redéfinir les critères d'admission des patients à la clinique,
- Redéfinir les rôles de la clinique et ses liens et avec les autres unités intra-hospitalières,
- Définir les modalités du parcours des personnes souffrant de troubles anxio dépressifs ou des personnes ayant fait une tentative de suicide (en lien avec les fiches actions PTSM).

Action 3 : Améliorer les articulations avec les CMP et la médecine de ville

2. Admission des patients



Renforcer les liens avec l'amont pour mieux maîtriser et fluidifier le parcours d'admission

Pourquoi ?

Certains patients sont adressés à la Candélie, sous l'insistance des adresseurs (structures pénitentiaires, EHPAD, urgences générales...), alors qu'ils ne relèvent pas du champ de compétence de la psychiatrie.

Une augmentation des hospitalisations sans consentement, en particulier des SPI en provenance des services d'accueil d'urgences, est par ailleurs constatée en 2019.

Le projet

Le projet vise à renforcer les articulations avec les acteurs de l'amont et de l'aval pour mieux maîtriser les flux de patients mais également favoriser les liens entre les professionnels de l'établissement.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Conduire une politique d'attractivité et de fidélisation et renforcer certains postes médicaux et non médicaux.

Les effectifs affectés aux urgences, tout particulièrement du CHAN, sont insuffisants pour assurer la maîtrise souhaitée (hospitalisations sous contrainte, hospitalisations inadéquates...)

Des postes de psychologue et d'assistante sociale au niveau du SIRA ont vocation à faciliter les flux de patients.

Cette action est en lien étroit avec le volet ressources humaines du projet d'établissement.

Action 2 : Maintenir les relations et le travail déjà engagés avec les structures pénitentiaires, notamment en consolidant la fiche de liaison existante.

Action 3 : Favoriser la communication avec les adresseurs, notamment les urgences générales et la médecine libérale.

- Communiquer sur les dispositifs mis en place à la Candélie pour éviter les hospitalisations, « inadéquates » au SIRA, porte d'entrée du CHD, (patients du médico-social, personnes âgées, addictions etc...) et sur ce qui relève d'une prise en charge psychiatrique.

- Maintenir et renforcer les liens avec les urgences des centres hospitaliers généraux, notamment en systématisant un temps de debrief le soir avec le médecin de garde et les IDE des urgences, mais également en réalisant des temps d'échange inter-équipe et des commissions de coordination institutionnelle.

Action 4 : Fluidifier le parcours d'admission

- Améliorer la communication entre le SIRA et les pôles pour fluidifier le parcours patient.
- Clarifier les missions et indications d'hospitalisation entre le SIRA et les unités d'admission. Une réflexion sera conduite sur les hospitalisations des adolescents au SIRA. La capacité d'accueil sera maintenue à 12 lits dont 6 lits de crise.
- Travailler en lien avec les autres groupes projets qui auront à conduire des réflexions sur les filières de soins :
 - Addictologie,
 - Géro-psycho-geriatrie,
 - Personnes détenues,
 - Adolescents,
 - Etc.

Garantir l'accès à des soins somatiques pour tous les patients

Pourquoi ?

Les professionnels de la Candélie ont des difficultés à accéder à des soins somatiques pour les patients. Cette situation tient aux difficultés à recruter des médecins somaticiens. Toutefois, un médecin généraliste est arrivé au mois de juin 2021, initialement à mi-temps puis avec une progression prévue à temps plein.

Le projet

Le projet consiste à constituer un groupe-projet dont les missions sont :

- Formaliser le suivi somatique (minimum requis) des patients ayant des troubles psychiques
- Explorer toutes les pistes permettant de pallier les difficultés à recruter des médecins somaticiens

Les principales actions à mener :

Action 1 : Poursuivre les recherches et les modalités d'attractivité pour les postes de somaticiens ainsi que toutes les modalités susceptibles de favoriser l'accès aux soins somatiques pour les patients.

- Rédiger une fiche de poste médical.
- Mettre en place des protocoles de suivi somatique pour la réalisation d'actes par les IDE (délégation des tâches) et utiliser toutes les possibilités de pallier le manque de somaticien

en développant les actions qui consomment moins de temps médical (protocoles de surveillance somatique conformes aux bonnes pratiques établis et diffusés, dépistage des personnes les plus à risques, sexualité (point relevé dans le rapport du CGLPL) éducation thérapeutique sur les pathologies les plus fréquentes, sport adapté, rôle de la diététicienne...).

Cette action est en lien avec le volet social du projet d'établissement.

Action 2 : Systématiser les bilans somatiques d'entrée des patients.

- Cette action s'inscrit dans la volonté de renforcer les liens avec les urgentistes des centres hospitaliers généraux (notamment CHAN) afin d'obtenir un bilan somatique d'entrée préalable pour tout patient arrivant par les urgences générales.
- Approfondir le bilan somatique des patients et définir le suivi à réaliser au sein des pôles.

3. Gradation des soins

— Conforter le rôle du CMP-pivot et mieux l'inscrire dans la gradation des soins du territoire

Conforter le rôle du CMP-pivot et mieux l'inscrire dans la gradation des soins du territoire

Pourquoi ?

Il existe une hétérogénéité de prise en charge dans les différents CMP du territoire mais également dans les compétences développées, qui ne sont pas toujours connues des professionnels de l'établissement, ni visibles des partenaires extérieurs. De plus, le fonctionnement peut être trop cloisonné.

Le CHD « la Candélie » s'est fortement investi dans les relations avec les CLSM **en créant trois postes de coordonnateurs**. Ils constituent des acteurs-clefs pour faire le lien avec les acteurs du territoire et créer des partenariats. Il convient de mieux faire connaître leurs actions. Sur un territoire faible en ressource médicale, la "gradation des soins" est difficile à mettre en œuvre et il est d'autant plus important de réfléchir aux marges d'actions disponibles.

Le projet

Le projet consiste à rédiger un **référentiel** qui précise le fonctionnement commun à tous les CMP, c'est-à-dire un socle proposé à l'ensemble de la population du territoire.

Cette harmonisation des pratiques s'accompagnera d'une valorisation des compétences spécifiques pour les rendre visibles des professionnels de l'établissement et des acteurs du territoire.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Rédaction d'un référentiel des CMP et définition d'un socle commun pour les CMP.

Il y aura un référentiel distinct pour les CMP adultes et pour les CMP adolescents/enfants.

Les différentes étapes de construction du référentiel :

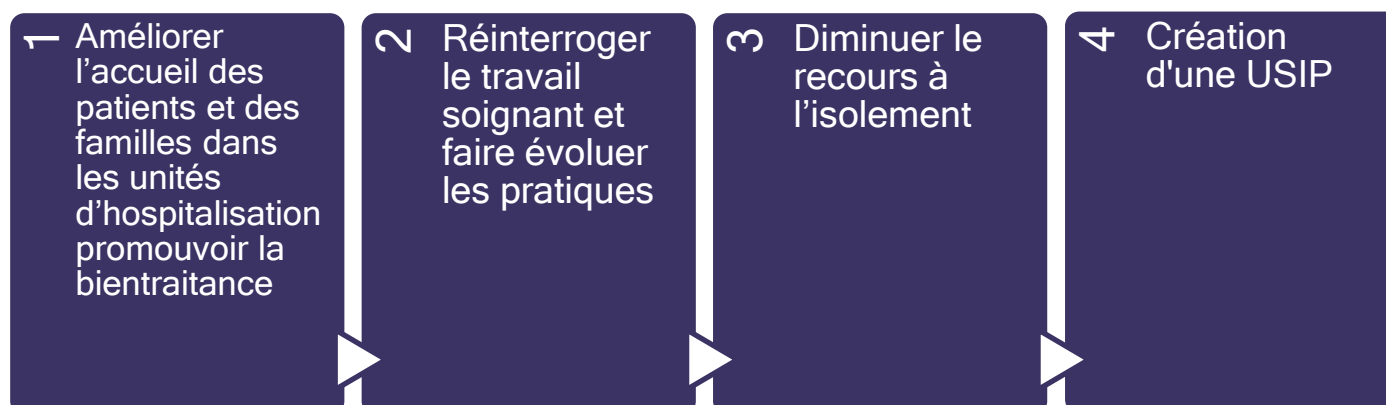
- Valider le socle de base.
- Cartographier les spécificités des CMP et les projets en cours (au-delà du psycho-traumatisme) pour les rendre visibles.
- Conduire une réflexion sur la prise en charge des troubles anxieux ou des troubles considérés comme « plus légers » cette action est en lien avec le projet sur le rôle de la clinique dans la prise en charge des suicidants et des troubles légers.

Action 2 : Faire du lien et communiquer avec les acteurs du territoire pour des soins gradués.

- Mettre en avant les travaux conduits par les coordonnateurs CLSM, notamment en faisant connaître leurs actions.
- Intervenir auprès des acteurs du territoire en amont pour réduire les mauvaises indications. Il convient de s'appuyer sur les travaux identifiés par le précédent PMS qui n'ont pas été réalisées.
- Formaliser des conventions avec les acteurs du territoire dans une logique gagnant/gagnant (ex : Maison de Santé Pluridisciplinaire).

C. Axe qualité et éthique

Conditions & Qualité de l'accueil des patients et des familles



Améliorer l'accueil des patients et des familles dans les unités d'hospitalisation, promouvoir la bientraitance

Pourquoi ?

De nombreuses actions ont été engagées et/ou réalisées dans l'établissement en réponse au rapport du CGLPL. Ce rapport a mis en exergue des insuffisances ou des dysfonctionnements dont certains demandaient des réponses rapides, en particulier sur le plan de l'adaptation des locaux.

D'autres mesures à plus long terme, continuent d'être travaillées en groupes de travail pluridisciplinaires.

En lien avec ces réflexions, certains thèmes ont été repris dans le cadre du Projet Médico-Soignant, pour fixer des grandes orientations pour les cinq ans à venir sur deux sujets en particulier : celui de la **bientraitance**, en particulier au niveau de l'accueil des patients et des familles, sous l'angle architectural, pour préparer le programme de travaux à venir, et sous l'angle des pratiques soignantes, et celui des **mises en isolement**.

Le projet

Le projet consiste à améliorer les conditions d'accueil des patients et de leurs familles.

- Sur le plan architectural (architecture plus accueillante, unités plus spécifiques pour certains patients).
- Sur le plan des textes et des recommandations de bonnes pratiques (livrets d'accueil et respect des droits).
- Sur le plan du temps soignant consacré au patient (transfert et répartition des tâches).

Le groupe de travail PMS poursuivra ses travaux par la mise en place de plusieurs groupes-projets qui seront missionnés sur des thèmes précis.

Les principales actions à mener :

Constituer un groupe-projet pour :

Action 1 : actualiser le livret d'accueil, afficher la charte du patient hospitalisé dans les services, harmoniser les règlements et les pratiques des unités de soins en veillant au respect des textes et des recommandations de bonnes pratiques (liberté de choix, liberté de circulation...).

Action 2 : lister les prérequis à intégrer pour un programme architectural prenant en compte la liberté d'aller et venir (unité ouverte / unité fermée), l'amélioration des activités, les chambres seules, l'espace famille, l'espace d'activités dédié au CADS, à MOZART et en secteur adultes, l'insonorisation, les bureaux polyvalents, la création de zones d'apaisement, etc...)

Action 3 : mieux spécifier les accueils en hospitalisation (Pour des pathologies/ profils particuliers, dans le cadre de la préparation du programme architectural) avec notamment la création d'une USIP pour les situations aiguës et intensives (Cf. Fiche action 4).

Action 4 : prévoir 4 unités de 23 lits d'hospitalisation complète adulte pour permettre la réorganisation des prises en charge en prenant en compte l'action : fluidifier les parcours d'admission.

Organiser la prise en charge des patients sous contrainte dans le cadre du projet architectural en respectant les droits des patients en soins libres.

Pour rappel les propositions qui ont émergées pour améliorer les conditions d'accueil des patients et des familles lors des groupes de travail :

RAPPEL

- Création d'une USIP.
- Accueil des adolescents jeunes adultes avec troubles psychiques émergents (3 lits possibles dans l'unité DALI).
- Augmenter la capacité de la Clinique de quelques lits et réfléchir au périmètre de ses missions.
- Spécifier environ 8 lits pour les TSA et les séjours de rupture dans la Fédération « au long cours ».
- Créer un accueil famille dans l'unité adolescents.

Réinterroger le travail soignant et faire évoluer les pratiques

Pourquoi ?

Le temps soignant est embolisé par de nombreuses tâches administratives, les soignants expriment une perte de sens de leur activité, particulièrement dans les services d'hospitalisation temps plein. Cette question est d'autant plus cruciale que l'établissement rencontre des difficultés à recruter des médecins et manque de temps médical.

La formation et le recrutement d'Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) doivent se développer avec une stratégie volontariste forte.

La mise en place de fonctions ou pratiques intermédiaires (telles que des protocoles de coopération par exemple), doit également être étudiée.

Ces projets constituent un axe fort du volet "soignant" du projet médico-soignant pour les cinq ans à venir.

Le projet

Le projet consiste à restituer du temps soignant auprès des patients et ainsi redonner du sens au travail, particulièrement dans les services d'hospitalisation temps plein.

Par ailleurs, il convient également d'étudier les stratégies à mettre en place pour redéfinir, actualiser et diffuser plus largement dans les équipes d'hospitalisation temps plein la promotion de la bientraitance, la prévention de la maltraitance, le concept de « patient au cœur de son parcours » et les liens à entretenir avec les familles et les aidants.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Mettre en place un groupe projet pour traiter des sujets suivants :

- Examiner les tâches administratives qui pourraient être transférées sur d'autres catégories de personnels et redéfinir les missions des professionnels (ex : réalisation des entretiens thérapeutiques par les infirmiers).
- Favoriser la participation du patient et de ses proches aux soins et développer l'éducation thérapeutique et la psycho éducation.
- Diffuser les principes d'empowerment et de perspective individuelle de rétablissement dans les prises en charge et dans les activités thérapeutiques et occupationnelles proposées.
- Développer la pair-aidance dans l'établissement.
- Veiller à la bonne compréhension de la personne de confiance par les patients et par les soignants.
- Généraliser les réunions institutionnelles régulières au sein des unités et viser la réalisation du Projet de Soins Individualisé (PSI) dans toutes les unités.

Action 2 : Améliorer les connaissances et les pratiques par la recherche et la formation des professionnels.

- Adhérer au GCS CCOMS.
- Définir les formations à renforcer en lien avec l'accueil et le respect des droits des patients.

Action 3 : Définir un programme et les modalités de développement du nombre d'IPA dans l'établissement et d'autres fonctions ou pratiques intermédiaires, le cas échéant.

- Rédiger une fiche de poste définissant le rôle et les missions des IPA dans les unités, les postes prioritaires, le calendrier de promotion etc...

Diminuer le recours à l'isolement

Pourquoi ?

Les contentions mécaniques sont très peu utilisées dans l'établissement, mais le recours à l'isolement et les conditions de ces recours constituent un axe fort d'évolution à inscrire dans le PMS. Le rapport d'activité 2019 note un doublement de leur durée moyenne (4 jours au lieu de 2 en 2018) mais la médiane se situe à 1 jour ce qui signifie qu'il y a un grand nombre de mises en isolement pour des durées courtes.

Le projet

Le projet consiste à promouvoir une politique institutionnelle volontariste (direction, CME, CSIRMT) coordonnée et évaluée visant à diminuer le recours à l'isolement.

La prévention, les alternatives, les nouveaux locaux, l'évolution des pratiques, les espaces d'apaisement peuvent certainement répondre à certaines situations de courte durée.

La question de la limitation des chambres d'isolement dans le projet architectural constitue une interrogation institutionnelle forte correspondant à une volonté de diminuer le recours à l'isolement.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Faire le point avec les groupes de travail mis en œuvre dans le cadre du plan d'actions de suivi en réponse aux recommandations du CGLPL.

Action 2 : Réactiver le groupe-projet contention-isolement.

- Conduire une réflexion sur les effectifs adaptés aux spécificités des services.
- S'appuyer sur les outils de prévention et prise en charge de la violence, désamorçage, désescalade, alternatives développés dans les guides de bonnes pratiques : Formations spécifiques OMEGA ou autres et formations nouveaux arrivants, équipe EMA, RETEX, retour sur l'évènement avec le patient lui-même et analyse en équipe (réunions cliniques et de synthèse, supervisions, patient-traceur, CREX, revues de pertinence, EPP...) sur le déroulé, les facteurs favorisant, les horaires...et la « culture positive de l'erreur ».
- Prévenir les hospitalisations sous contrainte.
- Développer les activités thérapeutiques et occupationnelles.

Action 3 : réfléchir à un aménagement des locaux permettant d'agir sur l'environnement de façon à prévenir les états d'agitation. Cette action est en lien avec le futur schéma directeur immobilier.

Création d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP)

Pourquoi ?

Un nombre important de patients manifeste des problèmes de comportement (agitation, agressivité et violence, ...) qui entraînent des perturbations majeures et durables retentissant sur les autres patients et les soignants des services.

L'accueil des détenus est réalisé en chambre d'isolement, cette organisation est non satisfaisante (« Les détenus préfèrent aller au quartier disciplinaire plutôt qu'à la Candélie ») et il mobilise beaucoup de temps soignant.

Actuellement, pour les détenus l'UHSA de Cadillac et le SMPR ne répondent pas suffisamment aux problématiques du CHD, et surtout les délais d'attente sont trop importants (supérieurs à un mois) pour une admission en USIP.

Le projet

Le projet consiste à documenter la création d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques. Il s'inscrit dans la volonté de l'établissement de promouvoir une politique institutionnelle (direction, CME, CSIRMT) coordonnée et évaluée visant à garantir des soins spécifiques et adaptés aux patients et à diminuer le temps d'isolement.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Réactualiser/Modifier le projet de création d'une USIP réalisé en 2013 avec la mise en œuvre d'un groupe projet :

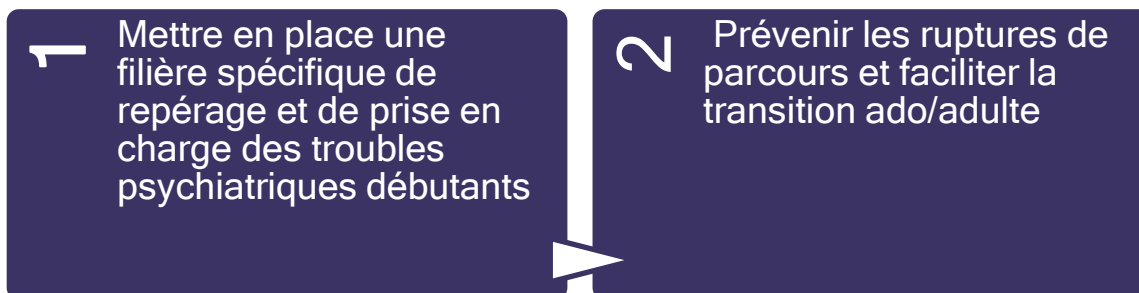
- Faire un état des lieux du nombre et de la durée des hospitalisations sous contrainte, des mises en isolement, des hospitalisations de détenus, du nombre d'évènements indésirables graves concernant les soignants, les patients, pour préciser l'évaluation des besoins.
- Faire une analyse des besoins en ressources humaines pour le fonctionnement de l'unité et des possibilités de redéploiement.

Action 2 : Réaliser le dimensionnement et le cahier des charges architectural d'une USIP en lien avec le futur schéma architectural.

- Estimation de la capacité de 10 à 12 lits. Par ailleurs la création de l'USIP a pour objectif d'arrêter les transferts vers les USIP d'autres établissements mais également de permettre l'hospitalisation des personnes en soins sous contrainte en phase aigüe.

D. Axe filière de soins spécifiques

1. Organisation des prises en charge des jeunes adultes et grands adolescents



Mettre en place une filière spécifique de repérage et de prise en charge des troubles psychiatriques débutants

Pourquoi ?

La prise en charge des adolescents constitue un axe fort du PTSM. Les besoins sont importants et en lien étroit avec ces actions, l'établissement souhaite conforter les actions déjà entreprises pour créer une filière spécifique de repérage et de prise en charge des psychoses émergentes, et plus largement des troubles psychiatriques émergents.

Il existe déjà des modalités de prise en charge dans l'établissement :

- Au pôle adolescents chaque infirmier de l'hôpital de jour est référent d'une vingtaine d'adolescents,
- Au pôle perspectives, des membres de l'équipe ont été formés au case management,
- Le pôle de Vallée du Lot a mis en place un accueil spécifique réservé aux jeunes et aux psychoses émergentes chaque mercredi au sein de « l'Envol ».

Le projet

Le projet consiste à mettre en place une filière spécifique de repérage des troubles psychiatriques débutants et notamment des troubles psychotiques (construire la filière qui, comment, ...).

Pour ce projet, il s'agit de mettre en œuvre les modèles d'intervention précoce et ses outils. Cette filière s'appuiera sur les cases managers/référents de parcours pour garantir le lien et la continuité au sein de la filière et prévenir les ruptures de prise en charge.

Par ailleurs, il conviendra de :

- Développer les prises en charge et les activités adaptées aux grands adolescents/ jeunes adultes dans les hôpitaux de jour,
- Etayer les partenariats avec le territoire, avec une attention particulière aux liens avec l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et au-delà du soin, contribuer à promouvoir l'hébergement spécifique à cette tranche d'âge qui constitue, pour ceux qui le nécessitent, un prérequis au bon déroulement du projet de soins.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Elargir le groupe de travail déjà mis en œuvre pour constituer le groupe-projet qui a pour mission de construire la filière.

- Définir la forme /modèle de la filière.
- Définir la charte de fonctionnement de la filière (rôles et missions des différents intervenants en intra et extra-hospitalier, parcours de soins dont accueil en urgence et 1ère hospitalisation).
- Mettre en place des formations sur le repérage des troubles psychiatriques débutants et notamment psychotiques
- Créer des postes de case manager, adapter les prises en charge au niveau des différentes structures (CMP, HDJ, ateliers...), réserver des lits d'hospitalisation.
- Discuter des actions pertinentes permettant de diminuer le recours à l'hospitalisation, dont celle en alternative à l'extension de l'unité MOZART de 2 lits. (Il est constaté actuellement une suroccupation de l'unité MOZART conduisant à un maintien des hospitalisations d'adolescents au SIRA).

Action 2 : Repérer et renforcer le réseau de la filière, informer, étayer et former les partenaires, promouvoir les hébergements (en lien avec les groupes de travail du PTSM).

- Repérer les acteurs du territoire, donner des outils de repérage simples, présenter les dispositifs spécifiques de la filière, renforcer les partenariats pour sécuriser les acteurs de première ligne.
- Susciter la création, avec des partenaires associatifs ou autres, de structures spécifiques d'accueil des 18-25 ans (structures existantes à adapter ou à créer) ==> Type maison gouvernante, appartement associatif...

Prévenir les ruptures de parcours et faciliter la transition adolescents/adultes

Pourquoi ?

A des âges ou étapes charnières, des ruptures de parcours très préjudiciables à la continuité des soins sont constatées. Le passage à l'âge adulte constitue une de ces étapes charnières qui doit faire l'objet d'une attention particulière. Le relais en hospitalisation temps plein adulte concerne un nombre très limité de jeunes, ce nombre est plus important pour le relais en extra-hospitalier.

Cependant, les ruptures de soins sont souvent en lien avec les ruptures dans l'environnement extérieur, il est donc absolument nécessaire de développer des partenariats avec les structures d'accueil des adolescents/ adultes. C'est particulièrement le cas des jeunes de l'ASE qui, avant 18 ans, sont encadrés et accompagnés, ce qui n'est plus le cas à 18 ans, alors qu'ils ne sont pas prêts à s'assumer seuls.

Des procédures sont mises en place au sein de l'établissement pour faciliter ces relais, qui se passent globalement bien. Néanmoins, l'articulation interne, comme externe, est perfectible et pourrait être mieux formalisée.

Le projet

Le projet consiste à mettre en œuvre des outils/dispositifs pour anticiper, préparer et faciliter la transition adolescents/adultes mais également accompagner le parcours de vie en lien avec le parcours de soins.

Les principales actions à mener :

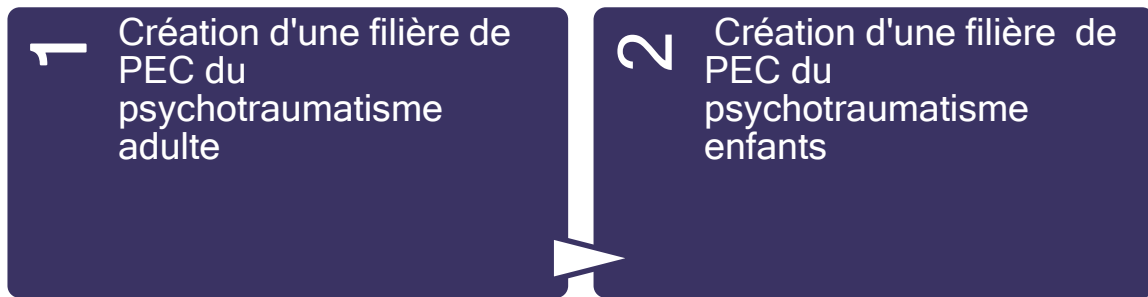
Action 1 : Formaliser les procédures de transition (aussi bien en HC qu'en CMP et HDJ) et adapter les procédures et les prises en charge de psychiatrie générale aux adultes jeunes.

- Anticiper et préparer le relais.
- Généraliser et structurer l'entretien d'accueil entre l'infirmier référent entrant et sortant.
- Garder le référent adolescent un certain temps avant d'être pris en charge par un référent adulte (tuilage).
- Développer "l'aller vers" dans les CMP adultes.
- S'appuyer sur les préconisations pour développer des activités adaptées.
- Adapter les délais de réponse et les thérapies (exemples : TCC).

Action 2 : Accompagner le parcours de vie en lien avec le parcours de soins avec des case managers pour faire le lien entre les différents acteurs.

- Développer les liens avec l'environnement du jeune adulte (famille, aidants, médecin généraliste, rencontres avec l'ASE autour de la transition et du relais...).
- Susciter la création, avec des partenaires associatifs ou autres, de structures spécifiques d'accueil des 18-25 ans (exemples : Type maison gouvernante, appartement associatif...).

2. Développement de la filière psycho-traumatisme



Création d'une filière de prise en charge du psycho-traumatisme adulte

Pourquoi ?

Le développement de la filière psycho-traumatisme fait l'objet de beaucoup d'attente au niveau territorial.

Toutefois, il ne s'agit pas d'une notion nouvelle, les professionnels de l'établissement prenant déjà en charge des personnes victimes de psycho-traumatisme comme le montre l'état des lieux réalisé lors des travaux préliminaires concernant cette filière. Cet échange avec les différents pôles sur leurs pratiques en matière de psycho-traumatisme montre des degrés d'investissement différents et une "filiarisation" nécessaire.

Par ailleurs, d'après les contacts pris avec les associations de victimes, les personnes victimes de psycho-traumatisme sévère ou non ne connaissent pas les filières de prise en charge et ne savent pas à qui s'adresser,

Les missions des établissements de niveau 1 (CHD) sont de dépister, réaliser les premiers soins, orienter les patients vers les acteurs spécialisés ou les centres ressources.

Le projet

Mettre en œuvre le parcours de prise en charge d'une personne victime de psycho-traumatisme, en lien avec la fiche action du PTSM.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Elaborer le parcours de prise en charge d'une personnes victime de psycho-traumatisme.

- Repérer les ressources présentes dans l'établissement (Cf. état des lieux).
- Elaborer le logigramme de la prise en charge d'une personne victime de psycho-traumatisme.

Action 2 : Favoriser la montée en compétence des professionnels sur la thématique.

Dans un premier temps, il est nécessaire de développer et renforcer la sensibilisation au psycho-traumatisme auprès des équipes.

En parallèle, il sera pertinent de définir et de mettre en œuvre un plan de formation thématique ainsi que de définir les professionnels prioritaires à former sur les différents outils techniques existants.

Action 3 : Créer un réseau de partenaires.

La filière psycho-traumatisme se construit dans le cadre de l'identification d'un réseau de partenaires sur le territoire. Par ailleurs, la communication devra être adaptée à chaque partenaire.

Création d'une filière de prise en charge du psychotraumatisme enfants

Pourquoi ?

Les services de psychiatrie infanto-juvénile souhaitent se concentrer sur le psycho-traumatisme de type 2, qui nécessitent des prises en charge plus longues.

Les troubles traumatiques du développement avec émergence psychotique sont estimés à 50% de la file active du service. Il convient d'instaurer un travail sur le long terme avec les nombreux partenaires de la pédopsychiatrie (familles, ASE, familles d'accueil, juges, éducation nationale...) avec pour objectif de développer la prévention et le repérage pour cibler les prises en charge.

Le projet

Mettre en œuvre le parcours de prise en charge d'un jeune patient victime d'un psycho-traumatisme (type 2).

Les principales actions à mener :

Action 1 : Elaborer le parcours de prise en charge d'un jeune patient victime de psycho-traumatisme (réalisation du logigramme de la prise en charge).

Action 2 : Favoriser la montée en compétence des professionnels sur la thématique.

Un plan de formation robuste permettra aux professionnels de monter en compétence sur la prise en charge des enfants victimes de psycho-traumatisme de type 2.

Action 3 : Informer et créer un réseau de partenaires.

Dans le cadre de la création d'un réseau de partenaires, il est nécessaire de cartographier les acteurs du territoire et de développer les liens avec eux.

E. Un projet médico-soignant en lien avec les filières, le PTSM et le Schéma Directeur Immobilier

Les réflexions menées autour du projet médico-soignant, de l'organisation des filières, du PTSM ont permis d'établir les liens entre ces différentes orientations stratégiques ainsi que les adaptations architecturales à mener. Celles sont présentées dans le Schéma Directeur Immobilier.

Le tableau de synthèse ci-après présente synthétiquement les liens opérés.

Thèmes	Intitulé du projet	Filière(s) concernée(s)	Lien avec les grandes filières concernées	Fiche Action PTSM	Architecture à revoir
1. Organisation des activités intersectorielles	Repositionner les missions du pôle Perspectives et des pôles adultes sur la RPS		Psychiatrie générale (Patients nouveaux ou "anciens" : suivis ou connus du CHD), Troubles psychiatriques émergents..	18 : mise en œuvre du projet de réhabilitation psychosociale.	Projet n°3 : Transfert dans un bâtiment vacant et extension de l'appartement thérapeutique à 10 places Sous-projet 8-5-1 : Extension en rez de chaussée du bâtiment d'hospitalisation de la filière réhabilitation (capacité inchangée 16 lits)
	Clarifier et fluidifier le parcours des patients souffrant d'addiction	Addictologie		6 : déploiement du parcours santé en addictologie sur l'ensemble du département, 9 : renforcement des équipes ELSA, 10 : développement d'une équipe mobile en addictologie (portée par La Sauvegarde), 20 : déploiement du dispositif CESAR.	
	Proposer des prises en charge intensives à domicile à partir des CMP à l'ensemble des patients éligibles du territoire		Psychiatrie générale (Patients nouveaux ou "anciens"), Troubles psychiatriques émergents.		
	Consolider la filière de gériatrie psychiatrie en lien avec les acteurs du territoire	Géronto psychiatrie		3 : amélioration de la prise en charge des personnes âgées.	Projet n°8-4 : implantation dans un bâtiment neuf de l'unité de gériatrie psychiatrie, capacité 18 lits
	Préciser les conditions d'admission dans la filière "soins prolongés" et son organisation	TND Adulte, handicap psychique sévère.		17: amélioration de la prise en charge en psychiatrie adulte des patients des structures médico-sociales.	Projet n°8-3 : Implantation dans deux bâtiments réhabilités de deux unités de 18 lits destinés aux patients chroniques et déficients
	Le rôle de la clinique dans la prise en charge des crises suicidaires et des troubles anxio-dépressifs	Suicidants Troubles anxieux ou épisodes dépressifs		1 : Vigilance quant à la prise en charge des troubles anxieux ou épisodes dépressifs légers chez l'adulte, 12 : Développer les dispositifs de prévention du suicide.	Sous-projet 8-5-2 : Extension en rez de chaussée de la filière anxio-dépressifs (capacité inchangée 10 lits)

Thèmes	Intitulé du projet	Filière(s) concernée(s)	Lien avec les grandes filières concernées	Fiche Action PTSM	Architecture à revoir
2. Admission des patients	Renforcer les liens avec l'amont pour mieux maîtriser et fluidifier le parcours d'admission	Urgences / nouveaux patients.	Adolescents. -> <i>Interroger chacune des filières de l'établissement dans ses modalités d'admission.</i>		Places du SIRA Capacité en lits des adolescents
	Garantir l'accès à des soins somatiques pour tous les patients				
3. Gradation des soins du territoire	Conforter le rôle du CMP-pivot et mieux l'inscrire dans la gradation des soins du territoire	Psychiatrie générale (Patients nouveaux, Patients anciens) Enfants/Ados	Troubles psychiatriques émergents Suicidants Psychotraumatisme adultes / enfants	1 : Vigilance quant à la prise en charge des troubles anxieux ou épisodes dépressifs légers chez l'adulte. 16 : Favoriser la prise en charge de la santé mentale des adolescents	Projet n°1 : Centre de soins de Gravier regroupement des CMP adultes/ ado Projet n°4 : Construction CMP adulte/enfant/ados sur Nérac Projet n°6 : Regroupement sur un site unique (les Capucins) CMP/HDJ adulte à Marmande Projets N 2, 5 et 7: CMP enfants/ados d'Agen, de Villeneuve sur Lot et de Marmande
4. Améliorer l'accueil des patients et promouvoir le respect de leurs droits et libertés	Améliorer l'accueil des patients et des familles dans les unités d'hospitalisation, promouvoir la bientraitance		Psychiatrie générale Pédopsychiatrie		INTRA-HOSPITALIER Projet n°8-2 : Implantation dans des bâtiments neufs de 4 unités d'hospitalisation de psychiatrie générale d'une capacité unitaire de 23 lits soit au total 92 lits Projet n°8-5-3 : Extension en rez de chaussée du bâtiment d'hospitalisation de la filière hospitalisation pour enfants : capacité inchangée 6 lits (CADS) Projet n°8-5-4 : Extension en rez de chaussée du bâtiment d'hospitalisation de la filière hospitalisation pour adolescents : capacité portée à 10 lits (Mozart) EXTRA HOSPITALIER Projets N 2, 5 et 7: CMP enfants/ados d'Agen, de Villeneuve sur Lot et de Marmande
	Réinterroger le travail soignant et faire évoluer les pratiques		Psychiatrie générale		
	Diminuer le recours à l'isolement		Détenus, Patients agités (mise en chambre d'apaisement, lien chambre d'apaisement / USIP)	11 : amélioration de la prise en charge des détenus.	Projet n°8-1 : Création et installation dans un bâtiment neuf d'une USIP, capacité 10 lits
	Création d'une USIP				

Thèmes	Intitulé du projet	Filière(s) concernée(s)	Lien avec les grandes filières concernées	Fiche Action PTSM	Architecture à revoir
5. Organisation des prises en charge jeunes adultes/Grands adolescents	Mettre en place une filière spécifique de repérage et de prise en charge des troubles psychiatriques débutants	Troubles psychiatriques émergents		15 : prise en charge des psychoses émergentes.	Projet n°1 : Centre de soins de Gravier regroupement des CMP Projet n°6 : Regroupement sur un site unique CMP/HDJ adulte sur le site des Capucins à Marmande
	Prévenir les ruptures de parcours et faciliter la transition ado/adultes		Adolescents	15 : prise en charge des psychoses émergentes.	Projet n°1 : Centre de soins de Gravier regroupement des CMP
6. Création d'une filière de prise en charge du psycho-traumatisme	Création d'une filière de prise en charge du psycho-traumatisme (adultes)	Psycho traumatisme adultes		13 : construction d'une filière de prise en charge pour les victimes de psychotraumatisme	
	Création d'une filière de prise en charge du psycho-traumatisme (enfants, adolescents)	Psycho traumatisme enfants	Enfants	13 : construction d'une filière de prise en charge pour les victimes de psychotraumatisme	

F. Projet de psychologie

Ce présent projet psychologique a été rédigé en appui de différents textes de références structurant la profession :

- Article L6143-2-4 extrait de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 - art. 36.
- Circulaire DGOS du 30 avril 2012.
- Code de déontologie (Juin 2021).
- Art.2 du décret n°91-129 du 31 janvier 1991 (portant statut particulier des psychologues de la Fonction Publique Hospitalière).
- Fiche métier du psychologue dans la Fonction Publique Hospitalière.
- Article 52 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016- art 125.
- Décret n° 2012-695 du 7 mai 2012 modifiant le décret n°2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute.
- Projet dispositif de renforcement en psychologues, juin 2021 (Assises de la Santé Mentale).

Préambule

En articulation avec le projet d'établissement, le présent projet psychologique 2022-2027 a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail réunissant sept psychologues de l'hôpital ayant répondu à un appel à participation porté par le Collège des Psychologues. Ces professionnels sont issus de différents pôles, ce qui implique un regard croisé sur les missions et les pratiques de la profession.

Quinze rencontres ont été nécessaires à l'élaboration de cet écrit (de mai à décembre 2021). Durant ce temps de réflexion, des espaces d'échanges réguliers ont été organisés avec le Collège des Psychologues. Cependant, cet ensemble composé de sept professionnels, en lien avec le Collège, n'a pas la légitimité de représenter l'avis de l'ensemble des psychologues du CHD.

Ce projet psychologique s'inscrit dans un contexte politique et sanitaire marqué par le Ségur de la Santé (du 25 mai au 10 juillet 2020) et les Assises de la Santé Mentale et de la psychiatrie (27 et 28 septembre 2021). En filigrane, il prend en compte l'article L6143-2 du Code de santé publique et s'enrichit de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 qui en précise les axes principaux.

A travers ce projet, notre réflexion s'est articulée de manière étroite avec le code de déontologie réactualisé en 2021⁴ et la fiche métier du psychologue hospitalier⁵. Si le premier représente le socle de notre profession, la deuxième définit les contours des fonctions du psychologue hospitalier : clinique, institutionnelle et Formation/Information/Recherche.

L'inscription des psychologues au sein de différents espaces institutionnels (service/équipe, pôle et établissement) a orienté, en filigrane, nos questionnements et la mise en mots du projet.

⁴ Code déontologie 2021 : <http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/Code-de-Deontologie-des.html>

⁵ Fiche métier psychologue : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=17>

Actualités de la profession

Sur le plan national, le contexte politique et sanitaire relatif à la psychiatrie a conduit à valoriser l'importance des prises en charge psychologiques.

La volonté de favoriser l'accès aux soins psychiques a permis l'expérimentation et la mise en œuvre de plusieurs dispositifs de remboursement portés par la Sécurité sociale et les mutuelles.

Concernant les mutuelles, le remboursement pour tous de quatre consultations psychologiques à hauteur de soixante euros chacune a été mis en œuvre pour répondre à la détresse psychique induite par la crise sanitaire pour l'année 2021.

Les dispositifs portés par la Sécurité sociale ciblent quant à eux, une partie de la population et sont soumis à une évaluation puis prescription médicale en fonction de critères spécifiques prédéterminés (âge, nature et intensité des troubles, antécédents, etc.).

De manière générale, les dispositifs existants et ceux en projet semblent présenter des critères particulièrement restrictifs limitant l'accès à un remboursement pour les populations les plus fragilisées tant sur le plan psychique (uniquement troubles dépressifs et anxieux d'intensité légère à modérée sans antécédent psychiatrique) que social (connaissance et autonomie dans l'accès aux dispositifs de soins).

De plus, la problématique d'accès aux médecins généralistes et psychiatres sur le département constitue un frein supplémentaire pour l'évaluation et la prescription de séances, préalable indispensable à la mise en œuvre de ces dispositifs.

Ainsi, bien que l'absence de remboursement participe d'une demande accrue et persistante de prise en charge psychologique dans les structures de la fonction publique hospitalière, il apparaît que les dispositifs proposés ne s'adressent qu'à une partie restreinte de la population et ne pourront probablement pas limiter de façon significative la demande au sein des structures du CHD.

Etat des lieux de la profession au sein du CHD

Cet état des lieux repose sur différents constats recueillis auprès des psychologues exerçant au sein des pôles du CHD. Ainsi, sur l'établissement, en juin 2021, on dénombre 63 psychologues équivalant à 59,2 ETP.

Les psychologues exercent sur l'ensemble du département dans des services intra et extrahospitaliers au sein de pôles infanto-juvénile, de psychiatrie adulte et intersectoriel. Afin de répondre à une offre de soin équitable, l'activité d'un psychologue peut être répartie entre plusieurs services et/ou pôles. L'étendue du territoire est très vaste avec de multiples sites d'exercice (Marmande, Agen, Villeneuve sur Lot), parfois très éloignés du site principal situé à Foulayronnes et regroupant l'administration et les instances du CHD. La réalité du travail sur des multi-sites/services participe d'une richesse et variété des activités/missions. Cependant, cela entrave l'inscription dans un travail collaboratif avec les autres psychologues du CHD mais également avec les équipes pluridisciplinaires ainsi que les partenaires extérieurs.

Sur le plan administratif, les contrats des psychologues sont variés (titulaires, stagiaires, CDI, CDD avec ou sans renouvellement de contrat) et nous constatons un turn-over régulier majoritairement chez les contractuels. Cependant, des recrutements récents de psychologues ont eu lieu et nous constatons une représentativité plus importante de la profession dans des projets spécifiques et novateurs (comme le RESEDA intensif).

Une problématique de sous-effectif dans les différents corps de métiers du milieu hospitalier est relevée. Celle-ci impacte la charge de travail de différents professionnels et notamment du psychologue avec un risque de glissement de tâches.

Projet psychologique et spécificités du psychologue

La réalisation du projet psychologique nous a confronté à la nécessité d'une meilleure structuration et articulation des psychologues et ce, tant au niveau des pôles entre les différents services, que sur le plan de l'établissement au travers du Collège des psychologues.

Ce constat nous a amené à organiser la partie projet avec un rappel de nos statuts suivi d'une présentation des fonctions et projets associés permettant un aller-retour entre les axes inscrits au niveau des pôles et ceux transversaux sur l'établissement.

Rappel des statuts

Le psychologue dans la fonction publique hospitalière est cadre de catégorie A sous l'autorité hiérarchique du directeur d'établissement et présente un lien fonctionnel avec le chef de pôle.

Fonctions du psychologue

L'activité du psychologue s'articule autour de trois fonctions principales : clinique, institutionnelle, et formation/information/recherche.

Ces fonctions se concrétisent différemment en fonction des services d'intervention, de la population, de la psychopathologie prévalente, des projets de soins ou encore de la formation de chaque professionnel.

Cette réalité nous a amenés à envisager une fiche action visant à une meilleure connaissance des activités menées par les psychologues au sein de chaque pôle/service. Cette fiche action numéro 1 aura également pour objectif secondaire d'améliorer l'intégration et la prise en compte des missions des psychologues dans les projets médicaux et institutionnels.

- Fonction clinique

Le travail clinique auprès du patient revêt un large champ d'intervention, nous nous proposons de le définir au travers de deux axes principaux : le volet d'évaluation et celui de prise en soin.

Les activités d'évaluation consistent à déterminer la nature, les causes et les effets potentiels de la souffrance psychologique dans ses dimensions affectives, cognitives et intellectuelles. Les procédures d'évaluation spécifiques aux psychologues peuvent être standardisées avec des échelles, tests et questionnaires ou encore prendre forme au travers d'entretiens cliniques directifs comme non directifs.

Le volet de prise en soin consiste en un travail direct auprès des individus (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées) ou des groupes (famille, groupe de patients présentant des psychopathologies similaires) en utilisant un vaste éventail d'outils et de dispositifs psychothérapeutiques (thérapie cognitive et comportementale, thérapie d'orientation psychanalytique, EMDR, hypnose, thérapie systémique...).

La pratique de la psychothérapie est encadrée, réglementée et nécessite une inscription spécifique à un registre ARS. En effet, le titre de psychothérapeute est réglementé et protégé par l'article 52 de la loi N°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique⁶. Ce titre est accessible aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine ou d'un diplôme de niveau master avec spécialité psychologie ou psychanalyse et subordonné à la validation d'un stage pratique d'après le décret 2012-695 du 7 mai 2012 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute⁷.

La pratique clinique est également orientée par la formation individuelle de chaque psychologue ce qui permet une diversité et une complémentarité des approches théoriques (approche cognitive et comportementale, approche psychodynamique et psychanalytique, approche systémique, approche criminologique, etc.).

Selon le code de déontologie des psychologues (septembre 2021), le principe 5 stipule que « dans le cadre de sa compétence professionnelle et de la nature de ses fonctions, le psychologue est responsable, en toute autonomie, du choix et de l'application de ses modes d'intervention, des méthodes ou techniques qu'il conçoit et met en œuvre, ainsi que des avis qu'elle formule ».

Ainsi, parmi le large éventail du travail clinique, les interventions des psychologues dépendent donc :

- du contexte (lieux et modalités de prise en charge type HDJ, CMP, hospitalisation, HAD, etc.)
- de la population (âge, pathologie psychiatrique, etc.)
- de la demande implicite/explicite du patient, de l'équipe et de la famille
- et des compétences théoriques et techniques développées par le psychologue etc.

L'ensemble des interventions des psychologues nécessite également un travail en amont du temps clinique auprès du patient (préparation des séances et des outils d'évaluation par exemple) et en aval avec les activités d'analyse, de rédaction de comptes rendus et de restitution.

La fonction clinique se définit également par les interventions du psychologue en collaboration et auprès des équipes pluridisciplinaires. Un travail clinique est réalisé autour de l'analyse des situations rencontrées ainsi que dans l'élaboration des projets de soins individuels et/ou collectifs. Un travail d'articulation théorico-clinique s'effectue en étroite collaboration et complémentarité avec les médecins psychiatres autour d'un référentiel clinique commun.

Enfin, à l'échelle de l'établissement, les psychologues s'investissent dans des activités cliniques transversales et intersectorielles telles que la CUMP, CAMPSY ou encore lors de la crise sanitaire via le PUMP.

⁶ Loi N°2004-806 du 9 août 2004 : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031930044/

⁷ Décret 2012-695 du 7 mai 2012 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025823878>

- **Fonction institutionnelle**

Le travail institutionnel se matérialise par la contribution spécifique du psychologue à l'analyse et l'aménagement des rapports entre les patients accueillis, les professionnels et l'institution. La place différenciée du psychologue de par son statut et son autonomie ainsi que sa formation, favorisent la prise en compte des dynamiques institutionnelles à l'échelle des services et de l'établissement dans le but de favoriser une articulation entre les différentes interventions des équipes pluridisciplinaires. Les activités relatives à cette fonction se concrétisent au travers de l'accompagnement des équipes dans les prises en soin de façon institutionnalisée et formalisée (régulation, réunions soignants/soignés, débriefing après situation exceptionnelle, etc.) mais également dans des espaces-temps plus informels.

Les psychologues s'engagent sur le plan de l'établissement dans des groupes de travail transversaux (projet médico-soignant, psycho-traumatisme, etc.) mais aussi dans des instances (comité d'éthique, CAPL, etc.) et au sein du Collège des psychologues.

Le statut des psychologues, lien hiérarchique avec le Directeur et non avec un cadre de proximité comme le personnel soignant par exemple, permet une position différenciée au sein des équipes et de l'institution mais peut, dans certains contextes, être un frein à une représentativité des psychologues au travers par exemple de la participation régulière dans les instances.

Une fiche action numéro 2 dédiée à la structuration du Collège des psychologues a donc été établie dans l'objectif de définir des représentants pour favoriser la participation des psychologues dans la vie institutionnelle et améliorer leur articulation avec les autres instances ainsi que la communication avec l'administration.

- **Fonction Formation Information Recherche (FIR)**

La fonction de Formation Information Recherche s'inscrit pleinement dans les principes du code de déontologie stipulant que « le psychologue tient sa compétence [...] de l'actualisation régulière de ses connaissances ; de sa formation à discerner son implication personnelle dans l'approche et la compréhension d'autrui »

Ainsi les activités relatives à la fonction FIR peuvent notamment comprendre la supervision individuelle comme la participation à des groupes d'intervision, l'actualisation des connaissances via la participation à des formations comme la veille documentaire, la participation au Collège des psychologues, les activités de formateurs et d'encadrement de stagiaires, les travaux de recherches/publications/conférences.

Un constat de manque de lisibilité et de visibilité concernant les activités relatives à cette fonction FIR nous a conduit à définir la fiche action numéro 3 dont l'objectif sera de valoriser et objectiver ces missions. Les fiches action 4 et 5 visent à faciliter et favoriser la formation collective des psychologues ainsi que l'encadrement de stagiaires.

En conclusion, les trois fonctions présentées ci-dessus restent, dans le travail quotidien du psychologue, très intriquées, et parfois difficilement différenciables.

C'est pourquoi le présent projet psychologique vise à un meilleur repérage des activités et fonctionnements des psychologues au niveau des services/pôles et de l'établissement (fiche action

1 et 2) ce qui constitue un préalable indispensable à l'élaboration de projets futurs dans des espaces de réflexions pluridisciplinaires.

Perspectives et enjeux du projet psychologique d'établissement

Le projet psychologique d'établissement 2022-2027 doit ainsi répondre à de multiples enjeux concernant l'activité et la place des psychologues au CHD et ce dans un contexte d'accroissement majeur de la demande de soins psychologiques.

Il apparaît nécessaire d'asseoir et de structurer la position institutionnelle des psychologues dans l'établissement ce qui permettra de veiller à une articulation régulière et continue des activités/projets des psychologues avec ceux portés par les autres commissions (CME, CSIRMT, etc.).

Ce travail institutionnel transversal devra être mené en parallèle de celui portant sur les activités et projets psychologiques propres à chaque service et pôle.

L'articulation entre les psychologues eux-mêmes et également avec les autres professions constitue un préalable indispensable pour l'élaboration de futurs projets psychologiques transversaux et intersectoriels notamment davantage centrés sur la fonction clinique.

Activités et projets des psychologues au sein des pôles

Pourquoi ?

Disparité de l'élaboration de projet psychologique à l'échelle des pôles et de la participation des psychologues à l'élaboration des projets de pôle/services.

Favoriser la participation active des psychologues dans l'élaboration des projets de pôle.

Le projet

Améliorer la connaissance des activités cliniques, institutionnelles et formation/information/recherche réalisées au sein de chaque pôle. Garantir la prise en compte de la dimension psychologique dans l'évaluation et la prise en charge du patient par l'intégration du volet psychologique dans les projets de pôle.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Constitution d'un groupe de travail entre psychologue de chaque pôle afin de répertorier les activités cliniques/institutionnelles/FIR réalisées sur chaque pôle.

- Rédaction du répertoire des activités/ « fiches de poste ».

Action 2 : Participation des psychologues aux réunions de construction des projets de service et de pôle.

Action 3 : Intégration des activités/projets psychologiques dans le projet de pôle.

Structuration du collège des psychologues

Pourquoi ?

Un Collège des psychologues existe au sein de l'établissement, tous les psychologues exerçant au CHD peuvent y participer. Un secrétariat composé de 3 psychologues en assure le fonctionnement et l'organisation. Néanmoins, le Collège des Psychologues n'est pas reconnu comme instance au sein de l'hôpital. Son articulation avec les instances administratives (direction, DRH, ...) et institutionnelles (CME, ...) est insuffisante.

Etablir et rédiger un projet stipulant les missions, la composition et le fonctionnement du collège des psychologues. Entériner la création du collège en collaboration avec la direction et en articulation avec les autres instances de l'hôpital notamment la CME.

Le projet

Améliorer la communication et la coordination entre les psychologues et l'établissement. Instituer le collège comme instance consultative permettant l'élaboration de propositions au sein de l'établissement. Avoir un référent psychologue permettant d'être l'interlocuteur dans les échanges institutionnels.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Création d'un groupe de travail portant sur l'élaboration et la rédaction du projet du collège des psychologues.

- Rédaction du projet du collège et documents annexes (chartes, conventions, ...).
- Proposition du projet lors du collège des psychologues.

Action 2 : Rencontre avec le Directeur du CHD et le Président de la CME.

- Présentation de la proposition de structuration.

Action 3 : Mise en œuvre du projet (élection des représentants, ...).

Fonction FIR

Pourquoi ?

Une disparité est constatée concernant la fonction FIR (accès contractuels/titulaires, quotité de temps alloué, évaluation de cette fonction, ...). Un manque de lisibilité sur ces missions est également relevé.

Elaboration d'un support commun à tous les psychologues permettant de valoriser les activités liées à cette fonction FIR.

Le projet

S'assurer de l'uniformisation de l'accès et des modalités des psychologues au temps FIR en fonction de la circulaire DGOS du 30 avril 2012. Valoriser ces missions au travers d'une meilleure information des actions mises en œuvre dans ce cadre.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Créer et formaliser un outil commun aux psychologues permettant de mettre en lumière la diversité des activités, de travaux, de recherche et de formation effectués durant le temps FIR

- En lien avec le collège des psychologues, création d'un groupe de travail pour l'élaboration d'un support commun
- Proposition de l'outil au collège des psychologues

Action 2 : Rencontre avec la direction, la DRH et les chefs de pôle pour présentation et formalisation de l'outil.

Formation collective des psychologues

Pourquoi ?

Il existe trois modalités d'accès à une formation :

1. Formation via le plan de formation d'établissement : peu de formations spécifiques aux psychologues.
2. Formation individuelle/colloque en lien avec le plan de formation du pôle.
3. Formation collective des psychologues via le collège des psychologues. Concernant les ressources documentaires, un abonnement est en cours de la part de l'établissement. Cependant, celui-ci ne semble pas suffisant, ni suffisamment ajusté, aux besoins des psychologues.

Intégrer des formations collectives spécifiques au plan de formation institutionnel au niveau de l'établissement.

Le projet

Favoriser l'accès à des formations continues collectives spécifiques aux psychologues. Améliorer l'accès et la diffusion des ressources en lien avec le temps FIR.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Etablir un plan de formation collective : définir les besoins de formation continue collective pour les psychologues.

Action 2 : Rencontre annuelle avec le DRH pour définir le plan de formation collective des psychologues.

Action 3 : Réaliser un état des lieux des ressources documentaires déjà existantes et définir les besoins.

Procédure d'accueil et d'intégration des étudiants en psychologie

Pourquoi ?

Manque de visibilité et de lisibilité de la procédure de demande de stage pour les étudiants en psychologie. Manque d'uniformisation de l'accueil des stagiaires.

Faciliter et uniformiser les démarches administratives pour les psychologues maitres de stage.

Optimiser l'accueil de stagiaire via la création d'un livret d'accueil.

Le projet

Garantir la formation régulière d'étudiants en psychologie au sein de l'établissement. Promouvoir les travaux d'études et de recherche des étudiants.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Définir la procédure d'accueil des stagiaires (réception des demandes, convention de stage, ...)

Action 2 : Création d'un livret d'accueil destiné aux étudiants en psychologie.

- Mise en place de psychologues référents pour cet axe

III. PROJET DES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL

Préambule

Le service social à l'hôpital est défini dès 1921 par Mme GETTING⁸, il a pour but : « *de découvrir les causes sociales que le médecin peut ignorer qui entretiennent et aggravent la maladie, de faire agir les œuvres pouvant aider les familles de malades* ».

La loi du 31 juillet 1991⁹ organise une nouvelle articulation du sanitaire et du social pour une meilleure coopération entre les acteurs.

La loi du 29 juillet 1998¹⁰ relative à lutte contre les exclusions confirme « *la participation de l'hôpital à la lutte contre l'exclusion sociale* », ainsi que « *la prise en compte de la précarité par le système de santé* ».

Le service social hospitalier en Psychiatrie

Le cadre des missions du service social en secteur hospitalier est régi par le décret du 26/03/1993¹¹ (modifié et abrogé par le décret du 4 février 2014¹². Il s'agit « *d'aider les personnes, les familles ou les groupes qui connaissent des difficultés sociales à retrouver leur autonomie, et de faciliter leur insertion* ».

Plus particulièrement « *les assistants de service social ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier* ».

La circulaire du 20/12/1993¹³ spécifie que « *dans les secteurs psychiatriques, les personnels socio-éducatifs font partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire et contribuent, dans le respect de la déontologie à chacun, aux projets thérapeutiques.* »

L'assistant de service social est tenu au secret professionnel par sa profession selon l'article 226-13 et 226-14 du Code Pénal et également inscrit à l'article L411-3 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

⁸ Fondatrice de l'œuvre du service social à l'hôpital en France

⁹ Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹⁰ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

¹¹ Décret n°93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière

¹² Décret n° 2014-101 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière

¹³ Circulaire N° 93-37 du 20 décembre 1993 relative à l'application des décrets statutaires et indiciers des personnels socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

L'assistant(e) de service social (ASS) exerce son activité sous un double rattachement :

- Au titre de son rattachement à l'équipe pluridisciplinaire, il est placé sous la responsabilité du médecin chef de pôle,
- Concomitamment, il bénéficie d'un second rattachement hiérarchique à la Direction de l'Etablissement, en l'absence de cadre socio-éducatif (décret du 04/02/2014).

Ressources humaines

Sur l'ensemble du Centre Hospitalier Départemental, au 31 décembre 2021, il est dénombré 25 postes Equivalent Temps Plein, en qualité d'assistant de service social répartis sur différents secteurs.

Projet des assistants de service social

Suite au précédent projet des assistants de service social, les objectifs atteints et ceux à venir ont été évalués.

En effet, certains objectifs ont abouti tels que la création de postes, l'accueil de stagiaires, la création d'un budget formation pour le collectif et l'invitation aux différentes instances de l'établissement.

Pour faire suite au travail déjà engagé, le nouveau projet des assistants de service social se décline en 5 axes principaux :

- Renforcer la place de l'ASS dans l'équipe pluridisciplinaire,
- Maintenir et développer les partenariats et conventionnements,
- Accueillir et former les professionnels,
- Actualiser et développer les connaissances et compétences des ASS,
- Améliorer les conditions de travail.

Projet 2022 / 2027

Renforcer la place de l'ASS dans l'équipe pluridisciplinaire

A l'hôpital, le travail pluridisciplinaire est impératif pour une prise en charge de la personne dans sa globalité et l'accompagnement dans son projet de vie.

La qualité de l'intervention de l'ASS auprès des personnes dépend, en partie, des informations transmises par les équipes pluridisciplinaires, de sa connaissance du projet de pôle et de ses perspectives d'évolution.

Lorsque la situation nécessite des actions transversales entre différents pôles, les ASS ont pour volonté de mener une réflexion de perfectionnement des liaisons entre professionnels dans le respect de l'accord de l'utilisateur.

De plus, associer l'expertise sociale aux réflexions menées sur les projets de pôle pourrait ajouter une plus-value dans leur construction. En effet, ceci permettrait de lier la qualité de la prise en soin et son évolution avec les besoins sociaux repérés auprès des personnes accompagnées et des ressources présentes sur le territoire.

Maintenir et développer les partenariats et les conventionnements

Le travail d'accompagnement de l'ASS nécessite la création et le développement d'un partenariat étroit avec les structures du territoire d'intervention en fonction du public accueilli et des missions confiées.

Ce partenariat peut être formalisé par le biais de conventions. Il est constaté un manque de visibilité de ces conventionnements établis par le CHD.

Ces constats permettent de confirmer l'importance de développer, formaliser et optimiser ce partenariat par différentes actions :

- En engageant un travail avec la direction sur les conventionnements existants. Ce travail aurait pour intérêt d'organiser l'inscription des ASS recrutées sur les différentes plateformes et comptes partenaires (CDAP, EDF, SIAO...) mais également de cartographier les conventions actuelles après avoir défini les modalités de consultation.
- En maintenant les rencontres avec les partenaires dans le cadre du collectif des ASS.
- En développant leur présence sur les différentes commissions partenariales après avoir effectué un état des lieux des instances auxquelles les ASS participent actuellement. Cette mission doit alors être intégrée à leur fiche de poste afin de la légitimer.
- En maintenant et en développant les rencontres partenariales autour de situations, dans le respect du droit des usagers, en lien avec les Contrats Locaux de Santé Mentale.

Accueillir et former les professionnels

La mission d'accueillir et de former des étudiants en DEASS fait partie du référentiel de compétence de notre profession.

Cet axe se décline en 5 sous parties :

1. Accueillir des stagiaires en formation ASS en lien avec la DRH afin de conventionner avec les écoles. Devenir site qualifiant garantira et optimisera la qualité d'accueil des étudiants en travail social.
2. Intervenir dans les centres de formation afin de sensibiliser les étudiants au métier d'ASS en Psychiatrie.
3. Proposer un temps d'échange à destination des nouveaux arrivants (internes/ étudiants) autour de la profession d'ASS en psychiatrie.
4. Formaliser l'accueil des nouveaux professionnels DEASS à partir d'un travail commun avec la DRH en vue d'élaborer un livret d'accueil.
5. Participer au jury du DEASS afin de maîtriser les attentes requises pour valider les différents domaines de compétences durant la formation.

Actualiser et développer les connaissances et compétences des ASS

Un collectif d'assistants sociaux est constitué au sein du CHD afin de permettre une mise en commun des expériences et favoriser la veille sociale. Il apporte également une meilleure visibilité de leurs actions auprès des partenaires du territoire.

Un secrétariat est constitué chaque année par deux assistants sociaux volontaires. Il organise des rencontres trimestrielles afin de faciliter la coordination de l'action sociale sur l'hôpital, et d'impulser une réflexion constante sur les pratiques.

Un budget pour des formations spécifiques et/ou diplômantes a été alloué pour la profession. Ce budget est renouvelable annuellement par le DRH et tient compte des besoins repérés en groupe de travail par les assistants sociaux.

Améliorer les conditions de travail

Un premier état des lieux général des conditions de travail de l'ASS a été réalisé sur l'ensemble des services où elle exécute ses missions.

Il en est ressorti trois points d'amélioration pour les cinq années à venir :

- Améliorer la coordination et les échanges avec la direction,
- Disposer d'un espace dédié et d'outils nécessaires au travail d'ASS dans le respect du secret professionnel,
- Engager une réflexion sur les modalités de remplacements des absences.

L'objectif général de cette dernière fiche action est de permettre une fluidité dans les échanges avec la direction dans le but d'améliorer les conditions de travail des professionnels dans tous leurs aspects (accompagnement du patient, RH, environnemental, ...)

Conclusion

Le précédent projet d'établissement a permis de rendre visible le travail de l'ASS tant dans l'accompagnement des patients qu'au sein de l'institution.

Cet engagement doit se poursuivre dans une perspective d'amélioration de l'accompagnement des usagers. Il passe au sein de l'hôpital par un renforcement de la complémentarité entre le service social et les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire et en externe par le développement et la formalisation des partenariats.

L'organisation du service social du CHD doit se poursuivre pour améliorer la formation des travailleurs sociaux et organiser l'accueil des étudiants de ce domaine. C'est une condition nécessaire au renouvellement des effectifs de travailleurs sociaux en Psychiatrie.

Renforcer la place de l'Assistant de Service Social au sein du pôle

Pourquoi ?

Travail pluridisciplinaire déjà existant avec une nécessité et volonté de le poursuivre.

Temps d'échanges entre travailleurs sociaux existant, mais à structurer et maintenir sur le long terme. Problématique rencontrée de mise en place d'équipe mobile sans concertation sur l'éventuel nécessité d'un temps d'ASS dédié.

Le projet

Conserver et développer la qualité d'intervention et d'accompagnement

Etre associé à la construction des projets portés par les pôles ou les projets transversaux.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Participer aux réflexions de projet de pôle.

- Rencontrer les chefs de pôles

Action 2 : Améliorer les pratiques d'accompagnement.

- Développer la transversalité pour les prises en charge complexes.
- Poursuivre les échanges avec les équipes pluridisciplinaires (évaluations sociales, démarches).

Partenariat et conventionnement

Pourquoi ?

Existence de partenariats sur le département, absence de lisibilité concernant les conventionnements.

Le projet

Développer, formaliser et optimiser le partenariat.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Engager un travail avec la direction sur le conventionnement avec les associations et les structures partenaires.

- Organiser l'inscription des assistantes de service social dans les comptes partenaires : CAF pro, EDF, SIAO, MDPH afin de faciliter leur prise de fonction.
- Cartographier les conventions actuellement en fonctionnement et définir les modalités de consultation en lien avec la direction.

Action 2 : Maintenir les rencontres des partenaires dans le cadre du collectif.

Action 3 : Rendre lisible, maintenir et développer notre présence sur les différentes commissions partenariales.

- Etat des lieux des commissions externes existantes auxquelles nous participons en qualité d'ASS.
- Elargir cette participation à d'autres commissions.
- Intégrer cette mission aux fiches de poste ASS permettant d'apporter une visibilité et une légitimité à cette mission.

Action 4 : Maintenir et développer des rencontres partenariales autour des situations dans le respect des droits des usagers (commune ou non) en lien avec les CLSM afin d'éviter la multiplication des actions.

Formations des professionnels

Pourquoi ?

Accueillir et assurer la formation des futurs assistants service sociaux fait partie du référentiel de compétences des Assistants de service social. En interne, la sensibilisation concernant le métier d'assistante de service social et le domaine social auprès des équipes pluridisciplinaires permettrait de renforcer les dynamiques de travail.

Le projet

Accueillir et former les professionnels.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Accueillir des stagiaires en formation d'assistants de service social.

- Lien avec la DRH pour quantifier le nombre de stagiaires gratifiables possible.
- En lien avec la DRH, se rapprocher des centres de formations DEASS (en cours).

Action 2 : Interventions dans les centres de formations aux métiers médico-sociaux pour sensibiliser au métier de l'assistante de service social en psychiatrie favorisant l'attractivité de l'établissement.

- Lien avec la DRH pour réfléchir au cadre d'intervention possible.

Action 3 : Proposer une intervention pour sensibiliser les nouveaux collègues soignants et internes au domaine social.

- Rencontre avec la DRH et /ou service formation.

Action 4 : Réflexion autour des modalités d'accueil de nouveaux professionnels ASS.

Action 5 : Participer au jury DEASS.

- Contacter les centres de formations pour connaître les modalités de participation.
- Mise en lien avec la DRH.

Compétences et connaissances des ASS

Pourquoi ?

Maintien nécessaire des temps de rencontre du collectif dans le but d'assurer une veille sociale. La réouverture récente de formations spécifiques au métier d'assistants de service social permet un enrichissement des compétences et connaissances des Assistants de service social de l'hôpital.

Le projet

Actualiser et développer les compétences et les connaissances des Assistants de Service Social.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Maintenir un collectif d'ASS et les rencontres 1 fois par trimestre.

Action 2 : Maintenir l'accès à des formations spécifiques à la profession et à nos missions.

- Groupe de travail annuel pour actualiser les besoins en formations des professionnel(le)s.
- Rencontre avec le DRH pour solliciter le budget.

Action 3 : Maintenir l'accès à des formations diplômantes (Exemple : D.U protection de l'enfance).

Conditions de travail

Pourquoi ?

Des disparités de fonctionnement de service semblent exister au sein de l'hôpital en terme d'environnement et/ou condition de travail. Les dernières absences prolongées, non remplacées, ont pu déstabiliser les services concernés. L'importance du collectif sollicite un temps de coordination conséquent.

Le projet

Amélioration des conditions de travail.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Améliorer la coordination et les échanges avec la Direction.

- Améliorer l'identification des secrétaires du collectif en tant que référentes.
- Réaliser un état des lieux afin d'objectiver un potentiel besoin de cadre socio-éducatif. Assurer avec la DRH des travaux suivis concernant les éléments de gestion transversales (formation, gestion des stagiaires, remplacements longs).

Action 2 : Disposer d'un espace dédié et d'outils nécessaires au travail d'assistants de service social dans le respect du secret professionnel.

- Réaliser un état des lieux pour chaque professionnel.
- Se rapprocher des cadres supérieurs de santé pour remonter les besoins.

Action 3 : Réflexion sur les modalités de remplacements des absences longues.

- Réflexion en cours avec la DRH.

IV. PROJETS TRANSVERSAUX STRATEGIQUES

A. Projet de gouvernance

Des réformes d'envergure ont été mises en place au cours des dernières années concernant la gouvernance des établissements de santé. Elles reposent notamment sur l'évolution du rôle des instances et sur la mise en place des pôles d'activité. La stratégie de transformation « Ma Santé 2022 » s'est fixé comme objectif de renforcer le dialogue et le sens du collectif au sein des hôpitaux. En parallèle, les mesures du SEGUR de la santé ont permis de poursuivre la modernisation du système de santé en France et d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients.

Dans ce contexte actuel, ce projet d'établissement, et plus particulièrement son volet management, ont l'ambition d'accompagner le changement vers une organisation qui saura répondre aux enjeux de simplification, d'attractivité et de flexibilité.

Les réflexions ont conduit à identifier deux axes forts portant la stratégie managériale :

- Consolider et renforcer le management participatif au travers des instances de gouvernance
- Déployer des politiques internes et externes de communication visant à valoriser et favoriser l'attractivité de nos services.

Axe de la Gouvernance

Gouvernance Médico-Administrative

Pourquoi ?

Un grand nombre de bonnes pratiques en matière de gouvernance, d'organisation et de fonctionnement identifiées dans le rapport du Professeur Olivier CLARIS¹⁴ sont actuellement suivies au sein du CHD.

Ce projet repose sur une politique institutionnelle volontariste portée par la gouvernance médico-administrative de l'établissement visant à simplifier le fonctionnement et l'organisation interne. Il conviendra de formaliser les pratiques existantes en vue d'améliorer la souplesse d'organisation et le management participatif au sein du CHD.

¹⁴ CIRCULAIRE N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS

Le projet

Renforcer la place des médecins et des soignants dans la gouvernance.

Améliorer le fonctionnement du binôme Directeur-Président de la CME.

Construire une politique de soins proposée par la direction des soins et validée par la CSIRMT.

Les principales actions à mener :

Action 1 : formaliser et systématiser les pratiques participatives de management.

- Généraliser la procédure de convocation aux instances et de validation des ordres du jour :
 - dans le cadre d'échanges préalables avec les chefs de pôle, la possibilité sera donnée, pour les services, de proposer des sujets à inscrire à l'ordre du jour ;
 - conforter la pratique actuelle du consensus, garantissant l'adhésion de l'ensemble de la gouvernance ;
 - des résumés de chaque thème doivent apparaître en complément des ordres du jour ;
 - participation de la vice-présidente de la CME.
- Rendre accessible, à l'ensemble de l'encadrement hospitalier, un relevé de conclusions synthétique du Directoire.

Action 2 : créer les conditions favorables pour une collaboration médico-administrative fluide et efficace en élaborant une charte de gouvernance PCME - Directeur.

Action 3 : définir les modalités de désignation des responsables hospitaliers.

Action 4 : mettre en place un groupe projet pour définir la politique de soins portée par la CSIRMT

Autonomie de gestion et management de proximité

Pourquoi ?

Le management de proximité relève du binôme chef de pôle et cadre supérieur de santé. Leur politique managériale contribue directement à la qualité des soins dispensés et à la qualité de vie des agents au travers de différents leviers : la communication, la collégialité et la cohérence des décisions, la motivation...

Il s'agira de conforter un management de proximité afin de développer l'autonomie de gestion et l'efficacité.

Le projet

Développer une autonomie de gestion responsable des pôles.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Renforcer les compétences liées au management de proximité.

- Redéfinir les modalités de formation et d'accompagnement des responsables hospitaliers. En lien avec le CNG, établir un véritable parcours managérial pour les responsables médicaux, assurant leur formation, leur valorisation, leur suivi et leur montée en compétences.
- Définir des liens fonctionnels entre chefs de service et cadres de santé, entre PCME et directions fonctionnelles.

Action 2 : Contractualiser les objectifs de gestion entre les pôles et la Direction.

- Mettre en œuvre les contrats de pôle et évaluer leur pertinence et leur efficacité.
- Renforcer la méthodologie et le contenu des dialogues de gestion.

Dynamique de projets

Pourquoi ?

Une approche de projets transversaux a été initiée. L'établissement doit assurer la conduite de projet en continu. La formalisation d'une cellule projet pré-existante vise à structurer la sélection, le pilotage et la mise en œuvre des projets et à assurer une dynamique de projets.

Le projet

Mobiliser autour d'une dynamique projet et faciliter le lancement et la mise en œuvre de projets transversaux en santé mentale.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Mettre en place une cellule de gestion de projets.

- Définir une charte de fonctionnement.
- Evaluer de façon participative annuellement le fonctionnement de la cellule.

Action 2 : Coordonner le pilotage des projets issus des politiques et projets institutionnels et issus des pôles.

- Cartographier les projets institutionnels en cours.
- Identifier les interfaces entre les projets et les politiques.
- Articuler les actions issues des politiques et projets institutionnels et issus des pôles.

Action 3 : Favoriser la coordination entre les différents porteurs de projets.

Soutenir la réflexion éthique

Pourquoi ?

Au 1^{er} trimestre 2021, le règlement de fonctionnement et la charte du comité d'éthique ont été adoptés par le Directoire et la CME. En janvier 2022, une formation est organisée pour apporter un appui méthodologique à l'animation de cette instance.

Cette fiche projet vise à accompagner le déploiement de la réflexion éthique.

Le projet

Soutenir la réflexion éthique au sein de l'établissement pour pérenniser cette démarche et l'ancrer dans l'ensemble des pratiques.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Traiter les questions éthiques prioritaires en s'appuyant sur les éléments existants.

- Recenser les questions éthiques auprès des différentes commissions : CME, COPIL CGLP, commission des usagers, CSIRMT, ...
- Organiser des séances de travail régulièrement (minimum une par trimestre).
- Animer et faire vivre l'instance pour renforcer la réflexion éthique au sein des équipes soignantes.

Action 2 : Faire connaître les travaux issus du comité éthique (plan de communication).

- Présenter les conclusions du comité auprès des différentes instances dont sont issues les questions.
- Elargir la zone de diffusion pour renforcer la culture éthique.

Action 3 : Se doter d'outils au service des droits des patients en adhérant au GCS CCOMS (en lien avec la fiche action du projet médico-soignant "qualité de l'accueil") :

- Participer au programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits des personnes qui font face à un trouble de santé mentale (programme QualityRights).
- Participer à certains programmes accessibles aux moyens de l'établissement.

De plus, la gouvernance portera une attention particulière aux actions déployées par le projet social concernant :

- Les besoins et des attentes individuels et collectifs des personnels dans leur environnement professionnel, notamment pour ceux en situation de handicap,
- L'accompagnement et le suivi des étudiants en santé,
- Les actions de sensibilisation aux enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que des actions de prévention des risques psychosociaux.

Axe de la communication et de la culture

Politique culturelle

Pourquoi ?

L'art et les pratiques artistiques font partie des projets de soins et sont pilotés par le référent culturel de l'établissement avec la mobilisation du Foyer d'Activités Récréatives et Educatives (F.A.R.E.) La culture représente un facteur d'inclusion des patients dans la cité et de valorisation.

Des partenariats ont été élaborés avant la crise sanitaires COVID-19 et nécessitent d'être réactivés. Un projet annualisé est établi avec la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC) de Nouvelle-Aquitaine, des professionnels de la culture et l'ARS afin d'organiser un évènement au sein du CHD : en 2021, une fresque a été réalisée par des graffeurs au pôle adolescent. Le média culturel est également largement sollicité lors des Semaines d'Information en Santé Mentale (cinéma, vernissage...).

La culture est une ressource unique permettant d'améliorer la santé et la qualité de vie des usagers. Elle favorise l'expression et la reconstruction de soi tout en étant un puissant levier de rassemblement. Ce projet représente un engagement de la part de la Direction de soutenir et communiquer les actions culturelles.

Le projet

Mobiliser et fédérer les intervenants autour des projets culturels en vue d'améliorer la qualité de vie des usagers et leur insertion dans la cité.

Développer l'expression culturelle.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Organiser et mettre en œuvre la politique culturelle de l'établissement.

- Intégrer le volet culture au périmètre de compétence de la Cellule projet.
- Identifier les leviers de la qualité de vie, de l'insertion et de la réhabilitation au travers des pratiques culturelles.
- Mettre en œuvre le volet culture.

Action 2 : Développer la transversalité des pratiques culturelles.

- Recenser les pratiques culturelles.
- Promouvoir les pratiques culturelles pour le plus grand nombre.

Communication externe

Pourquoi ?

La majorité des articles de presse relatifs au domaine de la psychiatrie mettent en avant des évènements négatifs : fermeture de lits, agressivité de patients... En 2021, le CHD s'est distingué par plusieurs articles autour des investissements immobiliers réalisés sans pour autant qu'ils mettent en exergue les avantages apportés par ces nouvelles organisations dans les parcours de soins ambulatoires.

La volonté de la politique institutionnelle est d'être force de proposition et d'aller au-devant des médias afin de proposer une image structurée et positive des filières de soins développées répondant à des problématiques d'actualité.

Le projet

Faire connaître, informer et valoriser l'image du CHD.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Définir un plan de communication externe annuel répondant aux objectifs définis.

- Communiquer, en lien avec les problématiques d'actualité, les réponses apportées par les services du CHD.
- Promouvoir la marque employeur au profit de l'attractivité et développer des campagnes spécifiques en lien avec les réseaux sociaux : recrutement, évènements portés par le CHD par exemple.
- Dynamiser le site Internet du CHD.

Action 2 : Sensibiliser et lutter contre les préjugés de la santé mentale.

- Poursuivre et encourager le déploiement des SISM à travers le territoire et les partenaires. Coordonner ces actions avec le volet promotion en santé mentale.

Communication interne

Pourquoi ?

La répartition de l'offre de soins et des services sur le département tend à complexifier la communication interne et une connaissance mutuelle de l'activité des différents services.

La période de pandémie de COVID-19 a favorisé l'orientation de l'ensemble de la communication vers les gestes barrières et les nombreux protocoles et bonnes pratiques à respecter. La communication institutionnelle doit retrouver du sens et valoriser l'activité interne auprès des parties prenantes.

Le projet

Promouvoir la communication interne sur les sujets institutionnels stratégiques.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Définir un plan de communication interne visant à favoriser la connaissance partagée des services déployés au sein de l'hôpital.

- Dynamiser la communication interne via les outils existants.
- Donner la parole aux services excentrés du site intra-hospitalier.
- Veiller à la validation par le service communication de tous les documents de communication.
- Partager les informations relatives aux conventions conclues avec les partenaires (lien avec les Fiches Actions QGDR et ASS).

Action 2 : Favoriser la participation des agents à la communication interne.

- Questionner les agents sur leurs attentes vis-à-vis du Psymag.
- Encourager la proposition d'articles par les agents.

B. Projet éco-responsable

En adoptant la loi de transition énergétique, l'Etat souligne le rôle exemplaire que peuvent avoir les administrations publiques en contribuant aux objectifs nationaux, démarche que l'établissement a démarrée en 2017.

Qu'est-ce qu'une démarche éco-responsable ?

L'agence de la transition écologique définit l'écoresponsabilité comme : « *l'ensemble des actions visant à limiter les impacts sur l'environnement de l'activité quotidienne des collectivités. L'écoresponsabilité passe par de nouveaux choix de gestion, d'achats, d'organisation du travail, par des investissements et par la sensibilisation du personnel.* »

Mettre en place une démarche d'éco-responsabilité, c'est :

- Agir pour l'environnement, en préservant les ressources naturelles et en développant un lieu de travail plus respectueux, plus sain.
- Fédérer les services et le personnel : en impliquant le personnel à son poste de travail et en créant une dynamique entre les services.
- Construire un projet de société : en agissant pour la solidarité sociale et en favorisant le développement local

L'établissement intègre dans ses démarches d'éco-responsabilité les principaux objectifs suivants :

✚ Optimiser les consommations d'eau

Pour lutter contre le gaspillage d'eau, la perte de temps pour l'arrosage et l'entretien des massifs; le choix retenu est d'utiliser des plantes bien moins gourmandes en eau et plus résistantes à la chaleur. D'autre part, les massifs sont soit bâchés, soit recouverts de paillage afin d'éviter l'évaporation.

✚ Maîtriser la consommation énergétique

Les actions déjà menées concernent l'amélioration de la performance énergétique :

- Des bâtiments :
 - Isolation des bâtiments existants : isolation des combles, des vides sanitaires et calorifugeage des réseaux d'eaux chaudes dans le cadre d'opérations valorisées CEE ; remplacement des menuiseries extérieures avec modèles à rupture de pont thermique,
 - Optimisation de la performance des installations de confort thermique grâce au système de gestion technique centralisé (GTC),
 - Maintenance et équilibrage des réseaux d'eaux chaudes sanitaires et de chauffage.
- des éclairages : emploi de sources lumineuses à basses consommations (LED), adaptation des commandes d'éclairage selon leur utilisation (éclairage extérieur par inter astral, éclairage de veille et de jour différenciés pour les circulations, détecteurs de présence pour les locaux peu occupés ...).
- des serveurs informatiques par virtualisation plus économe en consommation de kWh.

✚ Améliorer la gestion déchets

Réduire les déchets permet de préserver les ressources, de diminuer les impacts sur l'environnement et de mieux maîtriser l'énergie. Cette réduction est par exemple mise en place par la dématérialisation (réduction de la consommation de papiers) qui va se poursuivre.

Les déchets sont très variés : déchets de bureaux (papier, toners...), déchets organiques (espaces verts, marché, cantine...), déchets toxiques (phytosanitaire, peinture...). L'établissement veille à bien les trier pour optimiser leur traitement et mieux les valoriser.

- ✚ Limiter la pollution de l'eau et des sols en réduisant les rejets et les apports polluants par l'usage d'équipements plus vertueux

L'établissement recourt aux procédés et matériaux rejetant le minimum de COV (emploi de peinture acrylique, suppression des produits phytosanitaires ...).

- ✚ Diminuer l'impact des transports et prestations logistiques sur l'environnement par la gestion du parc automobile fortement renouvelé vers les véhicules disposant d'un certificat qualité avec un faible niveau de pollution : en 2021 un véhicule sur cinq est classé avec une vignette crit'air verte ou vignette crit'air verte violette.

- ✚ Acheter éco-responsable

Les achats sont menés avec une réflexion coût global et une mise à l'essai des produits, démarche ayant pour but d'améliorer la durée de vie du produit avec les critères d'achat suivants :

- La labellisation ou la certification du produit ;
- Le recyclage du produit ;
- L'incorporation de matières premières renouvelables dans le produit ;
- L'existence d'alternatives à moindre emballage du produit ;
- Les conditions de fabrication du produit ;
- L'impact environnement (utilisation du tissu économique), transport durable ;

Une dynamique d'ajustement des achats aux besoins réels est menée, à savoir que nous évoluons dans le monde psychiatrique, nos achats évoluent selon notre patientèle. Nos achats correspondent aux besoins de chaque unité, la mise à l'essai de matériel pour en constater l'efficacité est essentielle. Les critères environnementaux sont pris en compte avec un travail avec le tissu local notamment pour limiter les déplacements (émissions CO2).

Une approche coût global est intégrée aux critères d'achats ainsi qu'une réflexion sur la durée de vie selon l'utilisation.

Des fournisseurs ont des engagements de Développement Durables contractuels et mesurables notamment pour les prestations de traitement des déchets et emballages (DASRI et autres...).

Les achats en direct sont groupés pour éviter les déplacements multiples.

La communication est un axe important de la démarche pour promouvoir les bonnes pratiques et permettre l'engagement du personnel.

Poursuivre la démarche éco-responsable

Le projet

Mettre en œuvre une démarche intégrant la transition écoresponsable, tenant compte des conséquences prévisibles du changement climatique (canicules, inondations, ...), privilégiant la sobriété énergétique et limitant l'impact environnemental de chaque projet.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Mettre en œuvre les actions nécessaires selon l'évolution de la réglementation (en particulier : article 175 de la Loi ELAN (décret tertiaire visant à réduire les consommations énergétiques), réglementation thermique RE2020, ...) visant à réduire le BEGES (Bilan de Gaz à Effets de Serres ou bilan carbone).

Action 2 : Renforcer la communication et la sensibilisation aux enjeux de la démarche écoresponsable.

Action 3 : Favoriser le recours aux énergies renouvelables disponibles sur le territoire et penser à limiter le recours aux équipements de confort thermique avec des solutions écoresponsables (puits de lumière, pare soleil, ventilation naturelle, ...).

Action 4 : Favoriser la végétalisation et la préservation de la biodiversité.

Action 5 : Favoriser les mobilités douces et propres :

- o Réaliser le Plan de Mobilité de l'Etablissement (questionnaire porté sur les déplacements « domicile-bureau »),
- o Poursuivre le renouvellement du parc auto avec des véhicules moins polluants en incluant l'achat de vélos électriques et l'installation de bornes de recharge rapide,
- o Mettre en œuvre le projet de plateforme de régulation des transports sanitaires initié par le GHT47.

Action 6 : Poursuivre les actions visant à optimiser les achats écoresponsables et à améliorer la gestion des déchets.

C. Projet des usagers

Ce projet d'établissement a pour ambition d'inscrire durablement les principes de démocratie en santé dans sa stratégie.

En effet, la Commission des usagers (CDU) s'implique déjà depuis de nombreuses années dans la politique du CHD. Elle a par exemple impulsé la création de la maison des usagers lors d'une recommandation en novembre 2020 et opérationnelle en septembre 2021.

Par la définition d'un projet des usagers, il s'agit ainsi de conforter le partenariat entre l'établissement et les usagers et de renforcer la participation des usagers à la politique de l'établissement.

Trois axes ont ainsi été identifiés par les usagers comme majeurs pour les années à venir :

- Promouvoir la bientraitance au sein de l'établissement,
- Renforcer l'accès à l'information et aux droits,
- Contribuer à l'amélioration des parcours de soins.

Promouvoir la bientraitance

Pourquoi ?

Suite au rapport du CGLPL et les dysfonctionnements relevés concernant la bientraitance des patients lors des hospitalisations, le projet médico-soignant s'est saisi de certaines recommandations tant sur des aspects immobiliers qu'au niveau des pratiques.

Plus largement, la bientraitance est une démarche qui permet au patient d'être acteur et de bénéficier d'une prise en charge fondée sur l'empowerment¹⁵ dont les principes doivent être diffusés dans les pratiques.

Le projet

Il s'agit de soutenir et de contribuer à la promotion de la bientraitance dans les pratiques de l'établissement et, notamment :

- Contribuer aux travaux menés autour de l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients dans une démarche de bientraitance.
- Soutenir les actions menées par la maison des usagers et les équipes de l'établissement dans cette démarche.

¹⁵ L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'empowerment comme faisant : « référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie (...) » (Wallerstein, 2006).

Les principales actions à mener :

Action 1 : intégrer les travaux menés dans le cadre du projet médico-soignant autour de l'amélioration des conditions d'accueil des patients et des familles :

- Participer aux travaux relatifs aux outils (livret d'accueil, charte du patient) ou à la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques (cf. fiche action du projet médico-soignant).
- S'assurer de la prise en compte de l'ensemble des recommandations du CGLPL dans les réflexions (cf. sexualité des patients, désignation de la personne de confiance, etc.).
- Participer aux travaux relatifs à la définition du programme immobilier, en particulier, sur les éléments relatifs à l'espace famille, l'espace d'activités. Intégrer dans ce cahier des charges la valorisation du parc.

Action 2 : intégrer les travaux menés dans le cadre du projet médico-soignant autour des pratiques soignantes :

- Participer aux travaux relatifs à la participation du patient et de ses proches aux soins (via entre autres l'ETP ou la psychoéducation, groupe info famille, cf. fiche action du projet médico-soignant).
- Participer aux travaux relatifs au développement de la pair aideance. Intégrer dans ces réflexions la place de la maison des usagers (en tant que dispositif de pair aideance).

Action 3 : développer l'action de la maison des usagers en articulation avec les équipes dans une démarche de bientraitance :

- Mener des actions en complémentarité avec le FARE sur l'intra hospitalier.
- Mener des actions en complémentarité avec les services notamment extra hospitaliers (dans le cadre des CLSM par exemple ou encore pour promouvoir le prix Pierre Costes).

Renforcer l'accès à l'information et aux droits

Pourquoi ?

La maison des usagers a été créée dans l'objectif principal de permettre aux usagers l'accès à un point d'information.

Dans les territoires, les CLSM agissent pour permettre notamment d'améliorer l'accès aux soins et de promouvoir les dispositifs d'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques.

Les usagers recensent encore un manque de lisibilité et d'accès à l'information concernant les droits et les dispositifs.

Le projet

Il s'agit de développer l'accès à l'information et aux droits pour les usagers sur l'ensemble du territoire par :

- La mise à disposition sur l'ensemble du territoire d'un outil recensant les ressources utiles aux usagers des dispositifs de santé mentale.
- Le soutien de la place de la maison des usagers auprès des équipes soignantes de l'établissement.
- Le soutien au développement d'outils d'information en direction des familles.

Les principales actions à mener :

Action 1 : développer un guide des ressources à destination des usagers du département :

- Recenser les ressources dispositifs et existants en s'appuyant sur le guide pour les aidants de la CAGV (Communauté d'Agglomération du Grand Villeneuvois).
- Mettre à jour un guide des ressources sur l'ensemble des territoires du département avec les CLSM.
- Diffuser ces guides à travers la Maison des usagers, les CLSM, etc.

Action 2 : renforcer la place de la maison des usagers comme outil complémentaire aux équipes soignantes :

- Développer l'appui des équipes sur la maison des usagers, comme un outil reconnu d'accès à l'information et aux droits pour les patients et les familles.
- Renforcer le fonctionnement de la maison des usagers (mission d'information, soutien à des actions d'empowerment¹⁶ ou de promotion de la santé (cf. bienveillance), veille et repérage des difficultés des usagers, soutien à la dynamique associative et inter associative, etc.)
- Définir la place et les modalités d'actions de la maison des usagers en extra hospitalier :
 - Permanences physiques,
 - Modalités d'information des usagers,

Action 3 : mettre en place des outils d'information à destination des familles :

- Définir les outils pertinents à développer : fiches thématiques, espace numérique, groupe(s) d'information en fonction des besoins. Recenser les capacités (au sein de l'établissement, auprès des partenaires, prendre appui sur les CLSM).
- Déployer les outils.

¹⁶ L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'empowerment comme faisant : « référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie (...) » (Wallerstein, 2006).

Contribuer à l'amélioration des parcours de soins

Pourquoi ?

Les usagers relèvent le manque de réponses face à des troubles psychiques émergents pour lesquels des réponses en termes de repérage et de prise en charge précoces doivent être apportées, afin d'améliorer le parcours des personnes et de leurs proches.

Une filière est d'ailleurs, actuellement en cours de construction au sein du CHD et identifiée par le projet médico-soignant.

Le parcours des patients au sein même de l'établissement est parfois chaotique, certaines situations difficiles nécessitent un accompagnement particulier, souple et réactif entre les différents services et unités. Une réponse doit être développée pour ces problématiques.

Le projet

Il s'agit ainsi de contribuer à la construction et à l'accès à des dispositifs de repérage et d'amélioration des parcours de soins en permettant :

- La lisibilité et l'accès au dispositif de repérage précoce des troubles psychiques émergents.
- L'activation d'une cellule pour les prises en charge compliquées au sein de l'établissement.

Les principales actions à mener :

Action 1 : intégrer les réflexions du groupe de travail autour des troubles psychiques émergents notamment quant aux modalités de diffusion de cette filière et de sollicitation (apporter l'expérience et le regard des usagers sur les besoins).

Action 2 : mettre en place un groupe de réflexions sur les situations compliquées de prise en charge au sein de l'établissement :

- Définir les modalités de sollicitation de cette cellule, notamment par la CDU.
- Définir les parcours et profils des patients concernés.

Action 3 : permettre l'intégration des GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) dans le parcours de soins des patients :

- Repérer les coopérations possibles entre les GEM et services du CHD (en particulier services extra hospitalier).
- Définir et mettre en place avec chaque structure associative la coopération pertinente pour les usagers désignés.

Action 4 : impulser et soutenir la mise en place de formation aux 1ers secours en santé mentale dans le département :

- Recenser les besoins et capacités des territoires.
- Déployer les formations en s'appuyant notamment sur les CLSM.

D. Projet social & professionnel

Par son projet social et professionnel 2022-2027, le CHD la Candélie définit, pour les cinq années à venir, les grandes orientations de la politique de gestion des ressources humaines qui accompagnera la mise en œuvre du projet d'établissement.

Il répond ainsi aux obligations législatives et réglementaires qui précisent que « Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale d'un établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications, et la valorisation des acquis professionnels » (article L 6143-2-1 du Code de la Santé Publique).

Au-delà de son caractère réglementaire, il se veut comme une réponse aux attentes des personnels du CHD en termes de qualité de vie au travail et de sécurisation des parcours professionnels.

Car le CHD est confronté à un double défi : évoluer dans un environnement qui se transforme et impacte directement l'exercice des professionnels, mais aussi rester attractif face aux attentes de ceux-ci.

Le Projet Social et Professionnel du CHD présente donc la double ambition :

- D'accompagner les évolutions concernant les emplois, maintenir et développer les qualifications et les compétences, pour garantir son niveau de soins à la population du territoire.
- De garantir un environnement de travail respectueux et stimulant, propice à l'apprentissage et au développement professionnel et promotionnel.

Ce projet s'articule ainsi autour de quatre objectifs :

- Développer une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences,
- Améliorer la qualité de vie au travail,
- Consolider la fonction d'encadrement,
- Répondre aux défis de l'attractivité.

Développer une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

Pourquoi ?

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) est une méthode pour adapter à court et moyen termes - les emplois, les effectifs et les compétences aux différentes évolutions issues de la stratégie du centre hospitalier et des modifications de son environnement politique, économique, social et juridique.

Elle doit permettre d'appréhender, collectivement, les questions d'emploi et de compétences et de construire des solutions transversales répondant simultanément aux enjeux de tous les acteurs concernés.

Le projet :

Adapter les compétences à la spécificité de la santé mentale.

Clarifier les règles de gestion des personnels non fonctionnaires et définir dans ce cadre une doctrine sur les conditions de recours aux agents contractuels (CDD de projet, CDD de remplacement, etc...).

Diversifier les modalités de recrutement et de formation par le biais de l'apprentissage.

Identifier et anticiper les besoins qualitatifs et quantitatifs des effectifs.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Mise en place de dispositifs de formation d'adaptation à la spécificité du travail au CHD

- Développer la formation d'adaptation à la santé mentale pour les soignants primo-affectés.
- Initier des formations collectives pour les psychologues et les assistantes sociales.
- Sélectionner, accompagner et intégrer les futurs infirmiers de pratique avancé (IPA).
- Tutorat de soignants formés par l'apprentissage.

Action 2 : Elaboration de nouvelles maquettes organisationnelles, répondant aux besoins du projet médico-soignant, et dimensionnement des équipes de soins dans le cadre des moyens dont dispose le CHD.

Action 3 : Appliquer une politique de gestion des agents non fonctionnaires.

- Assurer la mise en stage des contractuels remplissant les conditions prévues par la réglementation.
- S'assurer du maintien du comité local de résorption de l'emploi précaire.

Mener une politique de qualité de vie au travail

Pourquoi ?

La qualité de vie au travail (QVT) regroupe l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé. Ces actions permettent d'accompagner les professionnels tout en garantissant la sécurité des soins, la qualité des soins et la santé des professionnels.

Le projet :

Promouvoir les démarches participatives engageant tous les acteurs de l'Institution.

Prévenir les discriminations.

Prévenir les risques psycho-sociaux.

Adapter l'architecture à la qualité de vie.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Mettre en place au sein des pôles et des directions fonctionnelles des espaces de discussion collectifs autour du travail, visant à rechercher des solutions concrètes : contenu du travail, organisation, conditions de réalisation, relations professionnelles, fonctionnement.

Action 2 : Conduire un plan de prévention des discriminations.

- Mettre en place des formations relatives aux discriminations homme/femme.
- Créer une procédure de signalement harcèlement.
- Développer l'emploi des personnes handicapées.

Action 3 : Mesurer périodiquement la satisfaction et la qualité de vie au travail.

Action 4 : Prévenir les risques psycho-sociaux.

- Identifier et évaluer les risques psychosociaux dans le cadre du « Document unique d'évaluation des risques professionnels ».
- Mettre en place une méthodologie d'analyse pluridisciplinaire et paritaire des situations de travail en cas d'évènement grave ou d'alerte concernant un risque psychosocial.

Action 5 : Introduire une clause QVT dans le cahier des charges du programme immobilier.

- Développer l'ergonomie des espaces de travail (optimisation de l'espace, facilité d'accès).
- Favoriser la lumière extérieure.
- Végétaliser les espaces.

Consolider la fonction d'encadrement

Pourquoi ?

Une attention toute particulière doit être portée aux fonctions d'encadrement compte-tenu de la forte coordination et des interactions inhérentes à l'exercice de ces fonctions.

Le projet :

Accompagner les parcours professionnels des cadres.

Mettre en lumière leur travail et leur éthique.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Partager les valeurs institutionnelles à travers une charte institutionnelle du management.

Action 2 : Mettre en œuvre un plan de communication interne et externe sur la fonction d'encadrement.

Action 3 : Elaborer un projet managérial par pôle et par service.

Action 4 : Renforcer la formation initiale et continue des cadres : compétences managériales et organisationnelles, sensibilisation aux risques psycho-sociaux (RPS), pratique du dialogue social, gestion du temps de travail.

Action 5 : Déployer une démarche d'accueil et d'intégration des nouveaux cadres.

Action 6 : Développer les accompagnements individuels et collectifs et les missions d'appui : ateliers de co-développement, coaching individuel et d'équipe.

Action 7 : Construire et accompagner des parcours de compétences personnalisés.

Développer l'attractivité

Pourquoi ?

Dans un contexte de recrutement marqué par des segments du marché de l'emploi sous tensions, l'attractivité du CHD doit constituer un axe fort du volet social.

Le projet

Ensemble d'actions visant à intensifier le recrutement et à impulser une dynamique autour de la fidélisation des personnels au sein de l'Institution

Les principales actions à mener :

Action 1 : Améliorer l'acte de recrutement, qui suppose de la réactivité et la mise en place d'un circuit court pour donner aux candidats une réponse rapide.

Action 2 : Développer une communication sur les atouts du CHD (emplois diversifiés, offre de formation, possibilité d'évolutions ...)

Action 3 : Développer l'attractivité pour le recrutement et la fidélisation du personnel médical :

- Améliorer l'accueil des internes,
- Diffuser des profils de postes complets (statuts, filières de soins, projets en cours)
- S'adapter aux nouveaux besoins en facilitant l'installation des médecins (création d'un poste de chef de clinique, développement d'une fonction d'accompagnement du médecin et de sa famille, ...),
- Inscrire au CPOM le recrutement de médecins contractuels dans le cadre du motif réglementaire prévu à cet effet (difficultés de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins).

Impulser une dynamique autour de la fidélisation des personnels au sein de l'Institution

Les principales actions à mener :

Action 1 : Construire des parcours professionnels attractifs via notamment la formation (accès facilité à la formation initiale et continue : DU, Master), financement via la promotion professionnelle.

Action 2 : Identifier les causes des départs par le biais d'entretien de départ avec les professionnels concernés.

Action 3 : Assurer une meilleure présence dans les salons/forums de l'emploi et développer des supports de communication.

E. Schéma Directeur Immobilier et PGFP

Les lignes directrices du projet d'Etablissement 2022/2027 traitant de l'ensemble de la problématique de la prise en charge psychiatrique sont intégrées au projet immobilier qui participe donc de façon majeure à une nécessaire amélioration de la réponse aux besoins de santé mentale de la population du département de Lot-et-Garonne.

Les investissements projetés sont clairement tournés vers l'avenir en constituant les bases structurelles d'un renforcement de l'activité ambulatoire. Ils complètent le processus déjà engagé de modernisation des structures extra-hospitalières pour tous les centres pivots en vue de rationaliser les implantations préexistantes en favorisant la réunion d'équipes et la coordination de filières de prise en charge.

Cependant, la poursuite du virage ambulatoire nécessite également une réorganisation des services d'hospitalisation complète, répondant aux besoins tant en terme de qualité de l'accueil que de respect des droits des usagers.

Ce projet immobilier concerne sept sites extra hospitaliers et le site intra-hospitalier. Il vise à doter le CHD d'un outil de travail performant au service des patients et des professionnels. Il dénoue notamment les impasses actuelles relevées par le CGLPL issues d'une inadaptation architecturale des unités d'hospitalisation datant de 1965. La nécessaire recherche de performance vise non seulement le renforcement des moyens extra-hospitaliers, mais également, une meilleure prise en compte des différentes situations cliniques et pathologiques du parcours des patients.

S'agissant de la psychiatrie générale, le projet immobilier proposé prévoit de réduire le nombre d'unités d'hospitalisation et de spécialiser la prise en charge des patients hétéro-agressifs et perturbateurs avec la création d'une USIP (Unité de Soins Intensifs de Psychiatrie). Cette unité pourra également répondre à la nouvelle loi sur l'isolement qui vise à réduire cette pratique. De plus, en prévoyant des locaux adaptés aux prises en charge, cette réorganisation permet de mieux identifier et de renforcer les filières spécialisées : géronto-psychiatrie, anxio-dépressifs, réhabilitation psychosociale, adolescents. Elle aura aussi pour objectif de donner aux équipes soignantes les moyens permettant de développer des pratiques de soins porteuses de sens.

L'opportunité constituée par des opérations immobilières d'envergure, favorise des choix techniques et architecturaux clairement orientés vers le développement durable avec une anticipation des situations climatiques extrêmes comme les canicules et des normes élevées en matière de maîtrise de l'énergie et de l'empreinte carbone.

Cet important programme immobilier a été présenté au Conseil Territorial de Santé de Lot et Garonne du 16 septembre 2021, puis au Comité Régional de l'Investissement en Santé (CRIS) du 15 octobre 2021 qui l'a retenu permettant ainsi à l'établissement de présenter à l'ARS de Nouvelle Aquitaine un dossier d'éligibilité (transmis le 10 janvier 2022).

Le Schéma Directeur Immobilier et le Plan Global de Financement Pluriannuel sont intégralement présentés de manière détaillée en **ANNEXE N° 2**.

F. Projet promotion en santé mentale

Ces dernières années, le système de santé a largement évolué pour relever les défis auxquels il est confronté : hausse des pathologies chroniques, désertification médicale et paramédicales, impératif de penser l'usager de façon globale, au cœur de son parcours, etc.

Les différents acteurs : professionnels de santé, établissements et services sociaux et médicosociaux, établissements sanitaires doivent coopérer et intervenir de concert pour permettre des parcours cohérents, gradués et accessibles à tous afin d'assumer la responsabilité populationnelle qui leur incombe.

Les usagers aujourd'hui doivent pouvoir être maîtres de leur parcours et s'intégrer dans la cité grâce à un pouvoir d'agir renforcé. Ces objectifs sont réaffirmés dans les PRS et PTSM et plus largement dans les différentes politiques publiques.

Les acteurs doivent ainsi coopérer et faciliter l'appropriation des différents dispositifs.

Le projet d'établissement 2022-2027 a pour ambition de conforter et de poursuivre ces démarches de coopération pour permettre ces transformations dans le département.

Coopérations

Pourquoi ?

Le CHD est le seul établissement à assurer la mission de psychiatrie de secteur du département. Il travaille en collaboration avec de nombreux acteurs relevant du médicosocial qui interviennent dans les parcours des patients en santé mentale ou addictologie.

Le GCS SM 47 a pour objet de fédérer l'ensemble de ces acteurs autour de la définition et de la mise en œuvre d'une stratégie cohérente commune pour ces parcours. Le CHD en est l'administrateur.

Une démarche de PTSM a été formalisée dans le département, s'appuyant sur les travaux des CLSM et des différents acteurs dont le diagnostic partagé a été validé. La feuille de route définit à travers ce projet pour les 5 prochaines années devrait, elle aussi, être prochainement validée. Le GCS SM 47 sera un outil de déclinaison du PTSM.

Les actions conduites par le CHD s'appuient sur les principaux axes du PTSM.

Le CHD est également associé au Pôle de Santé Publique du GHT dont l'objectif est de mettre en place des actions de promotion de la santé au sein des établissements, mais également "hors les murs". Ce pôle a pour mission de coordonner les projets et actions de prévention et promotion de la santé dans les établissements publics du département.

Des acteurs nationaux ou régionaux sont des partenaires privilégiés pour soutenir et renforcer l'amélioration des pratiques.

Le projet

Il s'agit de consolider voire de développer les coopérations de l'établissement pour assumer sa mission.

- Renforcer les coopérations sur le département avec les acteurs impliqués auprès des patients et usagers du CHD pour mettre en œuvre le futur PTSM.
- Structurer et renforcer la coopération au sein du Pôle de Santé Publique du GHT.
- Développer des coopérations pour soutenir les démarches et pratiques au sein de l'établissement.

Les principales actions à mener :

Action 1 : soutenir les démarches de concertation avec les acteurs à travers le GCS SM 47.

- Poursuivre la structuration juridique (adoption du règlement intérieur par exemple) et développer le fonctionnement du GCS SM 47 (conforter la concertation entre acteurs).
- Mener les travaux de concertation pour organiser des filières (personne âgée, handicap psychique sévère, etc.) permettant la mise en place de parcours sans rupture au sein du GCS SM 47.
- Rendre lisibles les filières définies.

Action 2 : articuler les organisations internes du CHD avec les parcours définis dans le cadre du PTSM :

- Privilégier les actions retenues comme prioritaires par le PTSM : troubles anxieux ou épisodes dépressifs légers chez l'adulte, prise en charge des personnes âgées, prise en charge du psycho-traumatisme prise en charge des adolescents, prise en charge des adultes souffrant de handicap psychique sévère relevant d'un ESMS.
- S'agissant de la prise en charge des adolescents, définir un projet de rapprochement RESEDA / MDA tant du point de vue architectural qu'en termes d'articulations des parcours.

Action 3 : faciliter et organiser la coopération avec le pôle de santé publique du GHT pour développer et soutenir la promotion de la santé mentale :

- Permettre la remontée des actions de promotion de la santé mentale définies au sein des CLSM et/ou du GCS SM 47 au pôle de santé publique pour les inscrire dans son plan d'action et de financement (Appel à projet prévention et promotion de la santé par exemple).
- S'assurer de la participation des animateurs de santé publique des établissements hospitaliers dans les CLSM de leurs territoires.
- Formaliser la déclinaison (articulation, organisation, déploiement, communication, etc.) des actions de promotion de la santé mentale avec le pôle de santé publique.

Action 4 : formaliser des coopérations spécifiques pertinentes pour permettre l'amélioration de la qualité des soins et/ou la diffusion de bonnes pratiques :

- Tenir une veille sur les structures pertinentes en lien avec les pôles.
- Adhérer et/ou formaliser les coopérations avec les structures retenues (ex. : GCS CCOMS).

- Suivre les coopérations formalisées et les travaux issus de celles-ci au sein de l'établissement.

Poursuivre les dynamiques des CLSM et étendre ces dynamiques sur le département

Pourquoi ?

Un CLSM est un espace de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le secteur psychiatrique, les acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux, les usagers, les aidants et tout autre acteur local concerné et intéressé par les questions de santé mentale (bailleur, éducation nationale, justice, police, etc.). Il vise à définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées, en cohérence avec la politique régionale de santé. Ses objectifs sont ainsi de :

- Mettre en place une observation locale en santé mentale,
- Promouvoir la santé mentale,
- Permettre l'accès aux soins,
- Favoriser l'inclusion sociale et lutter contre l'exclusion,
- Promouvoir les dispositifs d'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques.

Le CHD a été le moteur de la démarche dans le département par l'embauche et le financement de postes de coordonnateurs, délégués sur les 3 territoires suivants :

- La commune d'Agen,
- L'agglomération du Grand Villeneuvois (CAGV),
- L'agglomération de Val de Garonne.

Les dynamiques déployées depuis 2017 par les CLSM montrent la plus-value de ces dispositifs que ce soit pour la visibilité de la santé mentale et l'articulation du secteur psychiatrique avec les partenaires au bénéfice des parcours patients ou encore pour faciliter l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité et la lutte contre la stigmatisation.

Le projet

Les dynamiques doivent être poursuivies et étendues aussi bien d'un point de vue territorial que sur les champs d'intervention (domaine, public) en s'assurant que les conditions favorables à ces extensions soient réunies.

Les principales actions à mener :

Action 1 : étendre le dispositif CLSM sur le département :

- Envisager les modalités possibles d'extension des dispositifs CLSM sur les territoires actuellement non couverts : au-delà de la commune d'Agen, de la Communauté d'Agglomération du Grand Villeneuvois et de Val de Garonne Agglomération.
- Couvrir les territoires non couverts par le dispositif a minima :
 - D'un outil d'anticipation des situations de crise du type "cellule des cas complexes",
 - D'actions de promotion de la santé mentale.

Action 2 : étendre le champ d'action des CLSM sur le public enfant et adolescent :

- Associer les pôles infanto-juvénile et adolescents à un groupe de travail au sein des CLSM pour recenser les besoins (groupe de travail inscrit dans l'un des objectifs des CLSM : veille en santé mentale).
- En concertation avec les acteurs et, en fonction des diagnostics établis, inscrire au plan d'actions des CLSM des objectifs en direction des enfants et jeunes du territoire.

Action 3 : poursuivre et soutenir les actions de promotion de la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation :

- Maintenir les dynamiques existantes lors des SISM. S'assurer de la mise en place d'actions sur les territoires non couverts par un CLSM (cf. action 1).
- Poursuivre les actions de santé publique permettant un repérage et une meilleure compréhension des troubles psychiques (Diogène par exemple) ou en articulation avec la politique régionale de santé et les dispositifs existants : prévention du suicide, module de sensibilisation à la santé mentale, sensibilisation aux addictions.

Action 4 : faciliter la mise en œuvre de parcours en santé mentale sans rupture.

- Promouvoir et rendre lisible les organisations mises en place pour améliorer certains parcours (notamment dans le cadre du projet médico-soignant) pour mieux répondre aux problématiques en santé mentale.
- Faciliter la mise en relation et la concertation des acteurs territoriaux pour la mise en place opérationnelle des parcours.
- Faciliter la mise en œuvre sur les territoires des actions (formation par exemple) ou organisations structurées dans le cadre du PTSM.
- Décliner l'action relative au mal logement et à la lutte contre la précarité définie dans le PTSM :
 - En soutenant une approche inclusive dans la cité autour des questions d'accès et de maintien dans le logement, l'emploi ou les loisirs,
 - En valorisant les initiatives et actions innovantes de décloisonnement des pratiques.
- Contribuer au repérage et à l'analyse des difficultés pour la mise en œuvre des parcours et contribuer à l'évaluation des dispositifs.

G. Projet Qualité et Gestion des Risques

La culture qualité dans notre établissement apparaît comme labile, fluctuant au gré des visites de certification ; l'approche processus reste difficile à faire vivre, l'implication du personnel est hétérogène et la dynamique d'amélioration s'essouffle.

Forts des compétences internes et de la volonté de la direction, il nous semble essentiel de remettre en ordre de marche la dynamique d'amélioration et la culture de l'évaluation et d'assurer la pérennisation du système de management de la qualité.

L'objectif final est de définir et maintenir les organisations permettant l'amélioration de la prise en charge du patient au quotidien et la qualité de vie au travail.

L'atteinte de cet objectif passe par la mise en œuvre des moyens d'identification des défaillances, la formalisation des fonctionnements, l'utilisation des outils d'évaluation de la qualité et le suivi des indicateurs de mesure de nos performances.

La déclinaison opérationnelle pour les quatre années à venir est décrite dans la fiche action ci-après.

Améliorer le management de la Qualité et Gestion des Risques

Pourquoi ?

Pérenniser le système de management de la qualité-gestion des risques en plaçant le patient et les professionnels au cœur du fonctionnement de l'établissement.

Le projet

Garantir au patient un environnement institutionnel adapté à son état psychologique et psychiatrique et à son devenir.

Instaurer la culture de l'évaluation et de la pertinence des pratiques professionnelles afin d'optimiser et d'harmoniser la prise en charge sur le territoire.

Les principales actions à mener :

Action 1 : Garantir au patient un environnement institutionnel adapté à son état psychologique et psychiatrique et à son devenir.

- Respecter les droits et la dignité du patient.
- Mise en place du Projet de Soins Individualisé (PSI) pour chaque patient.
- Organiser des modalités permettant d'assurer un parcours patient conforme aux dispositions établies dans l'établissement.

Action 2 : Instaurer la culture de l'évaluation et de la pertinence des pratiques professionnelles afin d'optimiser et d'harmoniser la prise en charge sur le territoire.

- Planifier annuellement des évaluations des pratiques professionnelles sur des thèmes validés en CME.

- Consolider les outils :
 - de recueil de la satisfaction des patients,
 - de recueil des déclarations des EI et d'évaluations des pratiques,
 - d'audits internes.

Action 3 : Pérenniser le système de management de la qualité-gestion des risques en plaçant le patient et les professionnels au cœur du fonctionnement de l'établissement.

- Organiser le maillage qualité :
 - Identifier des référents et animateurs qualité par service
 - Redonner des fonctions de pilotage et management aux pilotes de processus
 - Former une équipe d'auditeurs internes par pôle
 - Poursuivre les formations et l'accompagnement à la conduite de CREX
 - Pérenniser les circuits de communication
 - Préparer en continue les visites de certification
- Faire évoluer la gestion documentaire
 - 1) Accompagner l'utilisation systématique de BKG par les professionnels.
 - 2) Etoffer le volume des documents de travail dans BKG.
 - 3) Basculer de documents de travail de l'intranet (protocoles, procédures) sur BKG.

V. CONCLUSION

Les six thèmes de travail du Projet Médico Soignant déterminent le socle des grandes orientations de l'action de l'établissement.

Ils se déclinent sous la forme d'un certain nombre de projets concrets figurant dans les fiches actions qu'il convient d'instruire et de détailler pour une mise en œuvre progressive sur la période de 2022 à 2027.

Ces travaux seront confiés à des groupes de travail pluri professionnels dont les propositions et les projets seront suivis et validés par le comité de pilotage du projet d'établissement afin d'assurer une synthèse et une cohérence.

Il convient de rappeler qu'en parallèle, les pôles cliniques devront décliner leurs propres projets en lien avec le projet d'établissement.

La cartographie des groupes de travail reprendra globalement le découpage des fiches actions du projet socle ; la méthodologie de constitution des groupes reposera sur un large appel au volontariat et à la pluri disciplinarité.

Le travail des groupes s'inscrira dans un calendrier précisant le phasage et la priorisation des différents projets.

C'est à la suite de cette étape que pourront être fixés des éléments fondamentaux comme la programmation des nouveaux locaux ainsi que le dimensionnement des équipes de soins.

Le volet immobilier, chiffré à 57 millions d'euros, nécessite un accompagnement financier majeur. Le plan « SEGUR investissement » constitue une opportunité que l'établissement doit absolument saisir, le dossier de financement est en cours d'instruction auprès de l'ARS.

C'est une nouvelle dynamique qui s'offre à l'établissement, gage d'attractivité et d'un meilleur service rendu à la population.

LEXIQUE

ALD :	Affection Longue Durée
APSYS :	Cabinet d'Assistance Programmation Service Immobilier Santé
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide-Soignant
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
ASS :	Assistant de Service Social
BKG :	Blue KanGo (logiciel qualité)
CADS :	Centre d'Accueil Départemental de Semaine
CAGV :	Communauté d'Agglomération du Grand Villeneuveois
CAMPS :	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAPL :	Commission Administrative Paritaire Locale
CCOMS :	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CDAP :	Consultation du Dossier Allocataire par les Partenaires
CDU :	Commission des Usagers
CESAR :	Coordination Extra hospitalière de Soins et d'Aide à la Resocialisation
CGLPL :	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CHAN :	Centre Hospitalier Agen Nérac
CHD :	Centre Hospitalier Départemental
CHG :	Centre Hospitalier Général
CLSM :	Conseil Local en Santé Mentale
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CMS :	Centre Médico-Social
CNG :	Centre National de Gestion
COPIL :	Comité de Pilotage
CPF :	Centre Pierre Fouquet
CREX :	Comité de Retour d'Expérience
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSIRMT :	Commission de Soins infirmiers, Rééducation et Médico Technique
CUMP :	Cellule d'Urgence Médico Psychologique
DEASS :	Diplôme d'Etat d'Assistant de Service Social
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DRAC :	Direction régionale des affaires culturelles

EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELSA :	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMA :	Equipe Mobile Autonome
EMDR :	Retraitement et Désensibilisation par Mouvement Oculaire
EMGP :	Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie
EMOG :	Equipe Mobile de Gériatrie
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ESMS :	Etablissement et Service Médico-Social
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FIR :	Formation Information Recherche
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSSM :	Groupement de Coopération Sanitaire Santé Mentale
GEM :	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
GT :	Groupe de Travail
HAD :	Hospitalisation à Domicile
HDJ :	Hôpital de Jour
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IPA :	Infirmier en Pratique Avancée
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP :	Maison de Santé Pluridisciplinaire
PCME :	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PCO :	Plateforme de Coordination et d'Orientation
PEC :	Prise en charge
PGFP :	Plan Global de Financement Pluriannuel
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PMP :	Projet Médical Partagé
PMS :	Projet Médico Soignant
PRS :	Projet Régional de Santé
PSI :	Projet de Soins Individualisé
PSIDEV :	Programme d'évaluation et de Suivi Individualisé du Développement des Enfants Vulnérabilisés par l'adversité précoce

PTA :	Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM :	Projet Territorial de Santé Mentale
PUMP :	Poste d'Urgence Médico-Psychologique
QGDR :	Qualité Gestion des Risques
RESEDA :	Réseau d'Education pour la Santé, l'Ecoute et le Développement de l'Adolescent
RETEX :	Retour d'Expérience
RH :	Ressources Humaines
RPS :	Réhabilitation Psycho-Sociale
SIAO :	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SIRA :	Service Intersectoriel de Régulation des Admissions
SISM :	Semaine d'Information sur la Santé Mentale
SPI :	Soins psychiatriques en Péril Imminent
TCC :	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TSA :	Trouble du Spectre de l'Autisme
TND :	Troubles Neuro-Développementaux
UCC :	Unité Cognitivo-Comportementale
UHSA :	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
USIP :	Unité de Soins Intensifs Psychiatriques

VI. ANNEXE 1

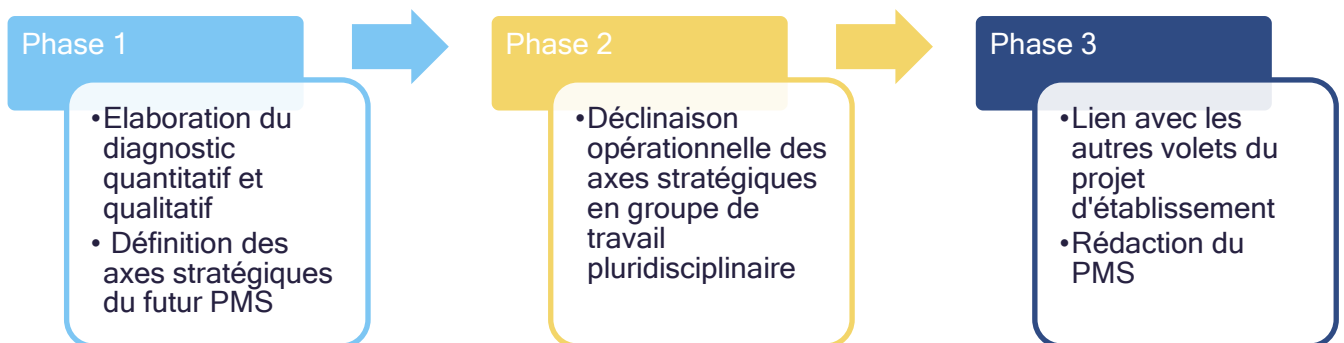
A. Présentation de la méthodologie d'élaboration du projet médico-soignant.

La méthodologie d'élaboration du projet médico-soignant s'appuie sur les principes fondamentaux suivants :

- **La globalité** : Le projet intègre largement le contexte environnemental et territorial à la fois sanitaire mais aussi médico-social
- **La participation des acteurs** : l'ensemble des acteurs de terrain a été impliqué au projet. Les réflexions ont été menées en faisant un large appel aux professionnels de l'établissement.
- **L'orientation** : la démarche a été centrée sur les besoins de la population et des patients, sur la qualité de sa prise en charge, la gestion des risques et la pertinence des soins.
- **L'articulation** : les démarches et réflexions poursuivies au niveau de l'établissement ont respecté les besoins et orientations définis aux niveaux départemental, régional et national.

Le projet a été élaboré dans une démarche de transversalité et de décloisonnement. Cette réflexion pluridisciplinaire globale a permis de répondre de façon mieux adaptée à l'évolution des modes de prise en charge et aux attentes des patients.

B. Présentation synthétique de la démarche



Focus sur la phase 1 :

Le diagnostic s'appuie à la fois sur une analyse quantitative (analyse des données du territoire et des données d'activités de l'établissement) et une analyse qualitative, en effet des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec l'ensemble des pôles de l'établissement. Ainsi, les consultants du cabinet APSIS ont pu réaliser plus de 16 entretiens avec les professionnels.



2

Journées sur site

- Le 04 Février 2021
 - Le 05 février 2021
- +
- Echanges téléphoniques en amont



5

Pôles

- Pôle infanto-juv et ado
- Pôle Agen/Albret
- Pôle Vallée du lot
- Pôle Garonne Confluent
- Pôle CASSIOPEE
- Pôle Perspectives



16

Personnes rencontrées

- Médecins chef de pôle
 - Cadres supérieurs de pôle
- +
- DSI et responsable qualité
- +
- Collège des AS et psycho

Focus sur la phase 2 :

La première phase de diagnostic a permis d'identifier des axes de développement prioritaires pour l'établissement pour les 5 prochaines années, ils constituent la « colonne vertébrale » du projet médico-soignant 2022 -2027.

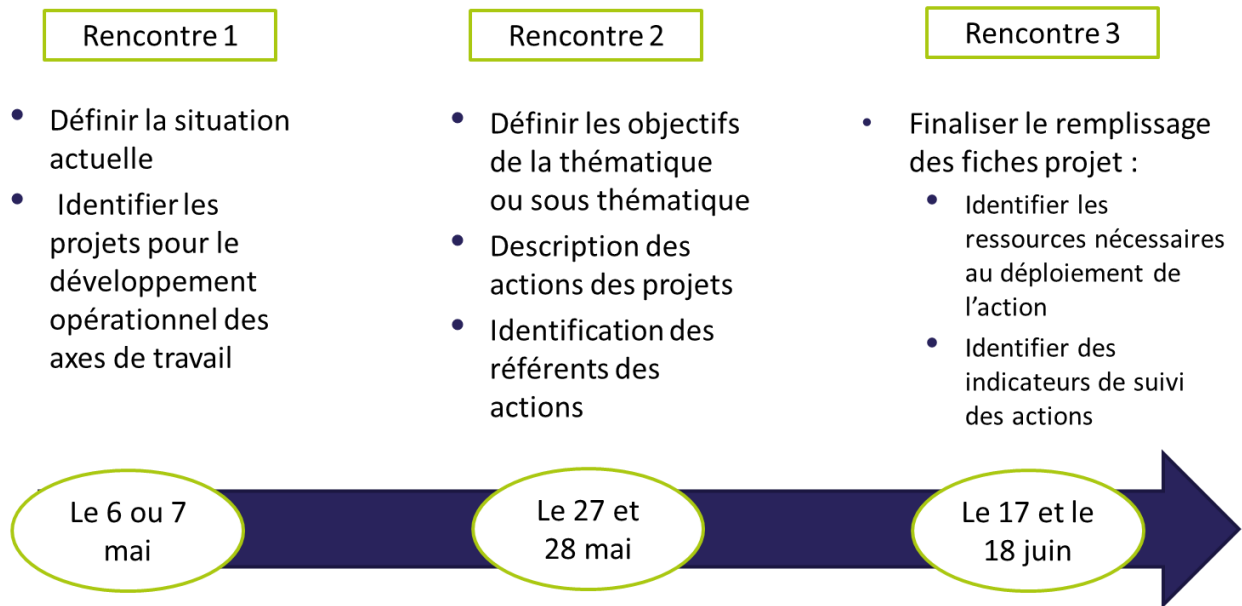
Ainsi, 6 thématiques de travail sont réparties sous 3 axes stratégiques prioritaires :

- Axe organisation des soins
- Axe qualité et éthique
- Axe filières spécifiques

La phase 2 s'est déroulée entre le 6 mai 2021 et le 2 juillet 2021, en effet, pour maintenir la dynamique projet, les groupes de travail pluridisciplinaires se sont tenus tous les 3 semaines ;

Pour chaque thématique de travail, les professionnels se sont réunis 3 fois.

Comme le montre le schéma ci-dessous, chaque séance de travail poursuivait des objectifs précis :



Pour le bon déroulement des travaux de cette phase, un binôme médecin/cadre de santé a été identifié pour chaque thématique de travail, leur rôle était de :

- Être l'interlocuteur privilégié de l'équipe de consultant APSIS Santé
- Coordonner avec les consultants le calendrier des rencontres et l'envoi de tous les documents permettant d'alimenter les réflexions sur la thématique concernée
- Être garant du bon remplissage des fiches actions si nécessité d'avancer entre deux sessions de rencontre

La direction avait la charge de l'organisation logistique des rencontres (réservation des salles, convocation des participants, ...)

Par ailleurs, des temps d'échange réguliers étaient organisés en présence du binôme président de CME et directeur.

Les groupes de travail ont permis d'identifier 17 projets intégrés au Projet Médico-soignant dont la mise en œuvre est prévue ces cinq prochaines années:

VII. ANNEXE N° 2

SCHEMA

DIRECTEUR

IMMOBILIER